39. Jahrgang | 21. Dezember 1922 | Heft 36
(Heft 1374 der ganzen Folge)

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Prof. Dr. Rosin; Oberverwaltungs-Gerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

39. Jahrgang 1922

Berlin-Lichterfelde
Verlag der „Arbeiter-Versorgung"

Übersicht
der in den folgenden Verzeichnissen gebrauchten Abkürzungen.

AG. = Amtsgericht.
AV. = Angestelltenversicherung.
AVG. = Angestelltenversicherungsgesetz.
Bek. = Bekanntmachung.
BG. = Berufsgenossenschaft.
BKK. = Betriebskrankenkasse.
Besch. = Bescheid.
Beschl. = Beschluß.
Entsch. = Entscheidung.
Erl. = Erlaß.
Ges. = Gesetz.
JV. = Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung,
KK. = Krankenkasse.
KV. = Krankenversicherung.
LG. = Landgericht.
LKK. = Landkrankenkasse.
LVA. = Landesversicherungsamt.
LVAnst. = Landesversicherungsanstalt.
MV. = Militärversorgung.
MVG. = Militärversorgungsgericht.
OKK. = Ortskrankenkasse.
OVA. = Oberversicherungsamt.
OSG. = Oberschiedsgericht für AV.
RAM. = Reichsarbeitsminister.
Rek. = Rekurs.
Rev. = Revision.
RG. = Reichsgericht.
RMVG. = Reichs-MVG.
RVAnst. = Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.
RVA. = Reichsversicherungsamt.
RVG. = Reichsversicherungsges.
RVO. = Reichsversicherungsordnung.
SG. = Schiedsgericht für AV.
Urt. = Urteil.
UV. = Unfallversicherung.
VA. = Versicherungsamt.
VAnst. = Versicherungsanstalt.
Vo. = Verordnung.

Die sog. „Gesetzestafel“ ist fortgefallen, dafür das Wortverzeichnis erweitert.

Verzeichnis dor Abhandlungen und Sprechsaal-Erörterungen.

I. Allgemeines oder für mehrere Gebiete Gemeinschaftliches.

II. Krankenversicherung.

III. Unfallversicherung.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

V. Angestelltenversicherung.

VI. Verschiedenes.

Mitteilungen. Kurze Erörterungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

II. Krankenversicherung.

III. Unfallversicherung.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

V. Angestelltenversicherung.

VI. Militärversorgung.

VII. Verschiedenes.

Gesetzgebung und Verwaltung.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

II. Krankenversicherung.

III. Unfallversicherung.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

V. Angestelltenversicherung.

VI. Militärversorgung.

VII. Verschiedenes.

Entscheidungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

II. Krankenversicherung.

III. Unfallversicherung.

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

V. Angestelltenversicherung.

VI. Militärversorgung.

VII. Verschiedenes.

Angezeigte Schriften.

Wortverzeichnis.

(Die Zahlen verweisen auf die Seiten.)

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: H. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1339 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 2. Januar 1922 | Heft 1

Zur österreichischen Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter und Angestellten.

Von Dr. Zacher-Berlin.

Das neugeschaffene „Bundesministerium für soziale Verwaltung" in Wien hat kürzlich den Entwurf zu einem „Bundesgesetz über die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter und Angestellten (Invaliditätsversicherungsgesetz)" aufgestellt, der demnächst als Regierungsvorlage zur parlamentarischen Erörterung kommen soll. Der Entwurf umfaßt 138 Paragraphen und ist mit einer eingehenden Begründung versehen. Im allgemeinen Teil der Begründung wird in einer für die österreichische Gesetzgebung bisher neuen Richtung die Notwendigkeit des Schutzes der erwerbstätigen Bevölkerung gegen die wirtschaftlichen Folgen der natürlichen Abnahme ihrer Arbeitskraft anerkannt und die ungesäumte Lösung dieser Aufgabe im Hinblick auf die durch den Weltkrieg beeinflußte Entwicklung der sozialen Verhältnisse für dringend geboten erachtet. Der Ruhm, das Problem zuerst in umfassender Weise auf der Grundlage der denkwürdigen kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 durch Einführung einer staatlichen Zwangsversicherung gelöst zu haben, gebühre dem Deutschen Reich. In Österreich habe die Bewegung, dem Arbeiter im Falle vorzeitiger Arbeitsinvalidität und im Alter, seinen Hinterbliebenen im Falle des Todes des Ernährers einen gleichartigen Schutz zu gewähren, ungefähr mit dem Beginn der Wirksamkeit des deutschen Gesetzes über die Invaliditäts- und Altersversicherung (1891) eingesetzt und seit der Formulierung des Gegenstandes im Rahmen eines alle Zweige der Sozialversicherung umfassenden Entwurfes ihren Niederschlag gefunden in dem Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung vom Dezember 1904 und den späteren Regierungsvorlagen von 1908 und 1911. Der Sozialversicherungsausschuß des ehemaligen Abgeordnetenhauses hatte zwar die Beratungen über die letztgenannte Regierungsvorlage im Juli 1914 bis auf die Schlußredaktion und die Fertigstellung des Berichtes an das Haus beendigt, indessen gaben die während des Krieges eingetretenen grundstürzenden Veränderungen der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse Veranlassung, den geänderten Anschauungen in den vom neugeschaffenen Ministerium für soziale Fürsorge veröffentlichten Leitsätzen für den Ausbau der Sozialversicherung vom Juli 1918 Rechnung zu tragen und insbesondere „die Einführung einer modernen Grundsätzen entsprechenden Invaliditäts- und Altersversicherung, verbunden mit einer Versicherung der Hinterbliebenen, und Herstellung einer organischen Verbindung zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen und ihren Trägern" zu verlangen.

So kamen diese Leitsätze, abweichend von der Sozialversicherungsvorlage von 1914,

welche auch die (dem Arbeiterstande nahestehenden) wirtschaftlich Selbständigen dem Versicherungszwang und der Finanzgemeinschaft eingliedern wollte, zu dem Ergebnis, „dem auch in den Kreisen der selbständig Erwerbstätigen unleugbar bestehenden Bedürfnis nach einer Altersversorgung durch entsprechende Einrichtungen zwar gleichzeitig mit der Invalidenversicherung der Arbeiter abzuhelfen, jedoch wegen der Verschiedenartigkeit der hierbei zu lösenden Aufgaben eine abgesonderte Behandlung dieser Frage zu empfehlen". Demgemäß behandelt der vorliegende Entwurf unter Verwertung der heimischen Vorarbeiten ausschließlich die Invaliditäts- und Altersversicherung der unselbständig Erwerbstätigen und folgt hierbei im wesentlichen dem deutschen Vorbild, und zwar nicht nur in den grundsätzlichen Fragen, sondern oft auch im einzelnen. Und wo er im Einzelfalle den Wortlaut der gesetzlichen Bestimmungen übernimmt, tue er das in dem Bewußtsein, sich dadurch auch bezüglich der Auslegung der „eigentümlichen Bedeutung der Worte in ihrem Zusammenhang jene reichen geistigen Werke zu eigen zu machen, die deutsche Wissenschaft und Rechtsprechung in Deutung und Anwendung des Gesetzes geschaffen haben. Als besonders günstiger Umstand für die organisatorische Regelung komme in Betracht, daß die weitgehende Konzentration der Krankenkassen die Träger der Krankenversicherung der Arbeiter befähigen werde, den festen Unterbau der Invaliditäts- und Altersversicherung zu bilden, wovon, abgesehen von organisatorischen und ökonomischen Vorteilen im Interesse sorgfältiger Pflege der wichtigen sachlichen Wechselbeziehungen zwischen beiden Versicherungszweigen, nur Gutes zu erhoffen sei.

Die Grundbestimmungen des Entwurfs sind im wesentlichen die folgenden.

Der Kreis der Versicherungspflichtigen (§§ 1 bis 4) deckt sich grundsätzlich mit jenem der Krankenversicherungspflichtigen, umfaßt hiernach alle, die berufsmäßig Lohnarbeit verrichten, erstreckt sich also auf die unselbständig Erwerbstätigen aller Berufszweige, einschließlich jener mithelfenden Familienmitglieder, die Barlohn beziehen, also den Arbeitern gleichzustellen sind.

Neben dem Versicherungszwang kennt der Entwurf nur eine freiwillige Weiterversicherung (§ 5), nicht auch (wie das deutsche Gesetz) den freiwilligen Eintritt in die Versicherung (Selbstversicherung).

Gegenstand der Versicherung (§§ 6 ff.) sind Renten der Versicherten für den Fall der Invalidität und des Alters (bei Vollendung des 65. Lebensjahres), sowie Renten der Hinterbliebenen beim Tode des Versicherten, sofern dieser Anspruch auf Invaliditätsrente hatte oder gehabt hätte. Zu den Hinterbliebenenrenten gehören die Witwen- und Waisenrenten, und zwar hat die Witwe des Verstorbenen Anspruch auf den Bezug von Witwenrente durch 12 Monate vom Zeitpunkt seines Todes, weiterhin nur, sobald sie invalid ist oder das 65. Lebensjahr vollendet hat, während die Waisenrenten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr laufen, aber darüber hinaus bis zum vollendeten 18. Jahr zuerkannt werden können, solange die berufliche Ausbildung mit Erfolg fortgesetzt wird.

Die Versicherungsleistungen (§§ 17 ff.) setzen sich zusammen aus den Leistungen der Versicherungsanstalt und den Zuschüssen des Staats. Die Invaliditäts- oder Altersrente beträgt jährlich das Dreieindrittelfache der Summe aller Beiträge, die für die dem Eintritt des Versicherungsfalles unmittelbar vorangehenden 104 Kalenderwochen (Bemessungszeitraum) anrechenbar sind, jedoch mindestens 1200 Kronen. Da der Versicherungsbeitrag auf 6 v. H. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes berechnet ist, somit die Beitragssumme für diesen zweijährigen Zeitraum 12 v. H. des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes ausmacht, ergibt sich hieraus eine Leistung von $12 \times 3\frac{1}{3} = 40$ v. H. des Arbeitsverdienstes. Ein zweijähriger Zeitraum ist ge-

wählt worden, um das Ergebnis einerseits nicht von der dem Berechnungstag unmittelbar vorhergehenden Lohnzahlungsperiode oder einem ähnlich kurzen Zeitraum und damit ganz vom Zufall abhängig zu machen, anderseits nicht bei längerer Zeitspanne durch früher bezogene niedrigere Löhne herabzudrücken. Einen weiteren Schutz gegen die nachteilige Beeinflussung der Höhe des Rentenanspruchs durch den Zufall bietet die Bestimmung, daß, wenn der Versicherungsfall für den Versicherten erst nach Vollendung des 45. Lebensjahrs eintritt, der Bemessung der Invaliditätsrente, sofern es für den Versicherten günstiger ist, die anrechenbaren Beiträge der letzten 104 Kalenderwochen, zurückgerechnet vom Tage der Vollendung des 45. Lebensjahres, zugrunde zu legen sind. Als Grund für die Wahl des vollendeten 45. Lebensjahres als Stichzeit wird die Erfahrung angegeben, „daß die Lohnkurve ihren Höhepunkt zwischen dem 25. und 30. Jahre zu erreichen pflegt, zwischen dem 30. und 45. einen nahezu gleichbleibenden Verlauf aufweist und sich erst von da ab allmählich, später immer rascher senkt".

Neben der Invaliditäts- oder Altersrente wird behufs Abstufung der Rente nach der Größe des zu versorgenden Familienstandes für jedes vom Versicherten versorgte Kind bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ein Rentenzuschuß von einem Zehntel der Rente gewährt; dieser Kinderzuschuß kann jedoch, solange die berufliche Ausbildung mit Erfolg fortgesetzt wird, bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zuerkannt werden. Die Witwen-(Witwer-)rente beträgt die Hälfte, die Waisenrente ein Fünftel der Invaliditätsrente (ohne Kinderzuschuß), jedoch mindestens 600 bzw. 300 Kronen jährlich. Zu jeder flüssigen Rente leistet der Staat einen jährlichen Zuschuß, und zwar 2400 Kronen zur Invaliditäts- oder Altersrente, 1200 Kronen zur Witwen-(Witwer-)rente, 600 Kronen zur Waisenrente und 300 Kronen zum Kinderzuschuß.

Daneben steht jedem Versicherten die freiwillige Zusatzversicherung (§ 42) bei einer besonderen Abteilung der Versicherungsanstalt mittels beliebiger Sonderbeiträge offen, aus denen ihm dann Ansprüche auf Leistungen erwachsen, die neben den gesetzlichen Leistungen und unabhängig vom Bestand eines Anspruches auf solche gebühren. Da die freie Zugänglichkeit dieser Einrichtung die Anwendung eines Systems der (vom Alter des einzelnen unabhängigen) Durchschnittsprämien ausschließt, ist die weitere Regelung der Satzung der Versicherungsanstalt vorbehalten.

Die Bestimmungen über das Heilverfahren (§§ 43 ff.) folgen im wesentlichen dem deutschen Vorbilde, um den Boden für eine weitausgreifende Tätigkeit der Versicherungsanstalt vorzubereiten „in jenem Geiste, von dem die analoge Tätigkeit der deutschen Invaliditätsversicherungsanstalten beherrscht ist. Den großartigen Erfolgen, die diese Anstalten im Kampfe gegen die Volkskrankheiten (Tuberkulose, Alkoholismus, Geschlechtskrankheiten) ganz besonders auch auf dem Gebiete des Heilstättenwesens erzielt haben, ist in anderen Ländern nichts Ähnliches an die Seite zu stellen".

Da die Eigenart der geplanten Versicherung zur Sicherung des Risikenausgleichs die Zusammenfassung eines möglichst großen Kreises von Versicherungspflichtigen verlangt, sieht der Entwurf für die ungefähr 1,8 Millionen zu Versichernden (nahezu ein Drittel der Gesamtbevölkerung) als einzigen Versicherungsträger die Invaliditätsversicherungsanstalt vor (§§ 48 ff.), deren Organe die Hauptversammlung, der Vorstand und die Rentenausschüsse (als örtliche Verwaltungsstellen am Sitze jedes Gerichtshofes erster Instanz) sind. Die Versicherungsanstalt samt ihren Heil-, Pflege- und ähnlichen Anstalten unterliegt der Aufsicht der Bundesregierung. Die Krankenkassen und die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten sind verpflichtet, bei der Durchführung der Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung gegen entsprechende Entschädigung mitzuwirken. Insbesondere kann übertragen werden a) den

Krankenkassen: die Standesführung und Einreihung der Versicherten in die Lohnklassen, die Einhebung der Versicherungsbeiträge und die Vorbereitung der Entscheidung über Versicherungsansprüche; b) den Unfallversicherungsanstalten: die Mitwirkung an der ärztlichen Untersuchung der Versicherten bei behaupteter Invalidität und die Mitwirkung beim Rentendienst und bei der Kontrolle der Rentner.

Die Aufbringung der Mittel (§§ 74 ff.) erfolgt durch Beiträge, die je zur Hälfte den Versicherten und den Arbeitgebern obliegen, nach den Lohnklassen der Krankenversicherung abgestuft werden und entsprechend dem der Begründung des Entwurfs beigegebenen „technischen Bericht" (s. u.) nach dem Kapitaldeckungsverfahren bemessen werden.

Die Feststellung der Versicherungsleistungen (§§ 80 ff.) erfolgt auf Antrag bei der zuständigen Krankenkasse und nach deren Klarstellung der Sachlage in erster Instanz durch den paritätisch zusammengesetzten Rentenausschuß oder bei nicht einstimmigem Beschluß durch den Vorstand der Versicherungsanstalt, in zweiter Instanz auf Klage gegen diesen Bescheid (binnen 60 Tagen) beim „Versicherungsgericht" (das bei jedem Gerichtshof erster Instanz errichtet wird und in Zukunft auch die Aufgaben der Schiedsgerichte der Unfallversicherungsanstalten und der Krankenkassen übernehmen soll) durch einen dreigliedrigen Senat und in dritter Instanz gegen dessen Urteil auf Berufung (die nach Art des Rekurses an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist) durch das „Versicherungsobergericht" (in fünfgliedrigem Senat), das für das gesamte Geltungsgebiet des Gesetzes mit dem Sitze in Wien errichtet wird und einerseits gegenüber den Versicherungsgerichten als oberste Rechtsmittelinstanz, anderseits in den der Rechtsprechung der politischen Behörden unterliegenden Fällen an Stelle des Verwaltungsgerichtshofes fungieren soll, um so für die gesamte Rechtsprechung auf dem Gebiet der Sozialversicherung eine richterliche oberste Spruchstelle zu schaffen.

Eine besondere Behandlung erfahren die unsern Knappschaftskassen entsprechenden Bergwerksbruderladen (§§ 128 ff.). Nach § 1 des Bruderladengesetzes haben die Bruderladen zu gewähren: 1. Krankenunterstützungen bzw. Begräbnisgelder, 2. Provisionen (Renten) für Invalide bzw. Witwen und Waisen, und zerfallen demgemäß jedesmal in eine Krankenkasse und eine Provisionskasse. Nach § 3 a. a. O. hat die erstere der Arbeiter-Krankenversicherung gleichwertige Leistungen zu gewähren. Da die geplante Neuorganisation der Arbeiter-Krankenversicherung, die eine weitgehende Konzentrierung und Vereinheitlichung des Krankenkassenwesens als Vorbedingung für die Einführung der Invaliditäts- und Altersversicherung zum Ziele hat, nur mehr wenige Typen von Krankenkassen vorsieht, werden in einer dieser Kassenarten nach der gesetzlichen Regelung der Organisationsfrage die Bruderladenkrankenkassen voraussichtlich aufgehen. Dementsprechend schlägt der Entwurf vor, die Provisionskassen der Bruderladen nunmehr mit der neuen Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung zu verschmelzen, zumal ihre Leistungen für die heutigen Verhältnisse ganz unzulänglich seien und eine Sonderversicherung für kaum 25 000 Bergarbeiter nicht durchführbar sei. Um bei solcher Verschmelzung berechtigte Interessen in keiner Weise zu beeinträchtigen, sollen die im Zeitpunkt des Überganges der Versicherung bereits im Genusse von Provisionen aus der Bruderladenversicherung stehenden Personen und deren anspruchsberechtigte Angehörigen die Provisionen und Zuschüsse nach den bisherigen Bestimmungen weitererhalten, während für die bei Beginn oder innerhalb eines Jahres vom Beginn der Versicherung nach diesem Gesetz in die Versicherungspflicht Eintretenden entsprechende Übergangsbestimmungen vorgesehen sind, die ihnen in Anerkennung wohlerworbener Rechte bei Erfüllung bestimmter Bedingungen einen begünstigten Anspruch auf Versicherungsleistungen einräumen. Endlich sieht der Entwurf (§§ 137/138) aus Billig-

keitsgründen für österreichische Staatsbürger, die bei Beginn der Versicherung bereits das 60. Lebensjahr vollendet haben und deshalb der Versicherungspflicht nicht unterliegen, unter gewissen Voraussetzungen vom vollendeten 65. Lebensjahr ab eine jährliche Altersunterstützung von 2400 Kronen vor, wovon der Staat die Hälfte trägt (in den ersten Jahren voraussichtlich über 100 Millionen Kronen jährlich).

Im übrigen geht der Entwurf von der Voraussetzung aus, daß die Krankenversicherung bereits alle unselbständig Erwerbstätigen umfaßt, daß also vornehmlich die Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht auf die Landwirtschaft bereits durchgeführt ist und daß alle Träger der Krankenversicherung die erforderliche Tragfähigkeit zur Übernahme der ihnen durch die neue Versicherung auferlegten Pflichten besitzen. Früher könne die Invaliditäts- und Altersversicherung nicht beginnen, nach fachmännischer Überzeugung frühestens 1½ Jahre nach dem Gesetzwerden der Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht und der Neuorganisation der Krankenversicherung. Demgemäß wird als Beginn der Versicherung der 1. Januar 1923 angenommen.

Aus dem der Begründung des Entwurfs beigegebenen „Technischen Bericht" (S. 25 ff.) wäre zunächst hervorzuheben, daß der vorliegende Gesetzentwurf gegenüber früheren Sozialversicherungensvorlagen in bezug auf die Versicherungsleistungen in zweifacher Richtung wesentliche Änderungen aufweist und zwar betreffend die Art der Rentenbemessung und die Regelung der Hinterbliebenenfürsorge.

Während nach früheren Vorlagen die Invalidenrente grundsätzlich aus dem Durchschnitte der während der ganzen Versicherungsdauer geleisteten Beiträge zu ermitteln war und nach der zwischen dem Arbeitsverdienst und dem Beitrage bestehenden Relation auf dem durchschnittlichen Lohnbezuge aufgebaut erscheint, soll nunmehr für die Rentenbemessung nicht mehr der ganze Versicherungsverlauf, sondern nur der in die letzten zwei Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles fallende Teil desselben maßgebend sein (vgl. oben S. 2). Ferner soll an Stelle der steigenden Rente (die sich aus dem innerhalb der gleichen Lohnklasse festen Grundbetrage und aus den nach Maßgabe der fällig gewordenen Beiträge erworbenen Steigerungssätzen zusammensetze) eine wohl nach Lohnklassen abgestufte, im übrigen aber unveränderliche (gleichbleibende) Rente treten. Hierfür sprächen folgende Gründe: Die steigende Rente sei dem Versicherungsgedanken wesensfremd; sie beruhe vielmehr auf dem Sparprinzip, und soweit ihr die Absicht zugrunde liege, in Anerkennung für langjährige ersprießliche Dienstleistung höhere Versorgungsbezüge zu bieten, auch dem Belohnungsprinzip. Ein Hauptmangel der steigenden Rente liege darin, daß sie gerade in den schwersten Fällen, d. h. da, wo die Invalidität vorzeitig, also in jüngeren Jahren eintritt, wegen der Unzulänglichkeit der bei kurzer Versicherungsdauer gebotenen Versorgungsgenüsse versage. Auch könne die steigende Rente der ersten Eintrittsgeneration, unter der die Gesamtheit der bei Beginn der Versicherung vorhandenen Personen zu verstehen sei, nur unzureichende Versorgungsbezüge bieten, weil für alle Altersklassen dieser Generation die Versicherungsdauer erst mit dem Zeitpunkt der Einführung des Gesetzes zu laufen beginne, was namentlich für die der Invalidisierung stärker ausgesetzten Versicherten der höheren Lebensalter nachteilig sei (was durch einige Zahlenbeweise S. 29/30 verdeutlicht wird). Auch verwaltungstechnische Gründe sprächen zugunsten der gleichbleibenden Rente, weil infolge der Verkürzung des Bemessungszeitraumes und des Wegfalles der Steigerungsbeträge nicht mehr wie bei früheren Vorschlägen der ganze Versicherungsverlauf im Einzelfall zu verfolgen sei, so daß durch solche Vereinfachung der Evidenzführung wesentliche Ersparnisse an Verwaltungskosten erzielt würden.

Die Änderung auf dem Gebiete der

Hinterbliebenenfürsorge besteht in der Gewährung von Rentenleistungen an Stelle der früher vorgesehenen Kapitalabfindungen. Um jedoch die Beiträge in erschwinglicher Höhe zu bemessen, erhält die Witwe zunächst nur den Anspruch auf eine zeitliche Rente (von einjähriger Laufzeit) und den Anspruch auf eine dauernde Rente erst dann, wenn sie invalid wird oder das 65. Lebensjahr vollendet; die Gewährung der lebenslänglich zahlbaren Witwenrente auch an die erwerbsfähigen Witwen hätte das Kostenerfordernis um 110 v. H. erhöht.

Im übrigen hält der technische Bericht (S. 32 ff.) zur rechten Würdigung des für die Kostendeckung vorgesehenen Finanzsystems eine Klarstellung der für das richtige Erfassen des tatsächlichen Sachverhalts unerläßlichen technischen Begriffe für geboten, zumal gerade in jüngster Zeit unter den bekannten Schlagworten „Umlage" und „Kapitaldeckung" der Kampf zwischen den Widersachern auf diesem Gebiet wieder aufzuleben scheine.

Werde als Einteilungsgrund der Finanzsysteme die Form der Beitragsleistung gewählt, so scheiden sie sich in Prämiensysteme und Umlagesysteme. Bei ersteren wird der voraussichtliche Versicherungsaufwand (erwartungsmäßige Belastung) durch Rechnung im vorhinein festgestellt, der Beitrag hiernach bemessen und daher im voraus geleistet. Bei letzteren wird auf Grund des während eines bestimmten Zeitraumes tatsächlich erwachsenen Versicherungsaufwandes (tatsächliche Belastung) der Beitrag durch Aufteilung dieser Kosten auf die Beitragspflichtigen nach einem bestimmten Schlüssel, z. B. nach der Kopfzahl, nach der Lohnkrone usw. ermittelt und im nachhinein entrichtet. Da es für den Begriff des „Umlegens" völlig gleichgültig sei, ob der umzulegende Betrag aus dem Aufwande für vorübergehende Leistungen oder aus dem Erfordernis an Deckungswerten besteht, die die dauernde Sicherstellung fortlaufender Versicherungsleistungen, wie es Rentenzahlungen sind, bezwecken, werde mit der Bezeichnung „Umlageverfahren" ein Finanzsystem nicht in allen Fällen schon erschöpfend umschrieben. Es werde dies vielmehr nur dann der Fall sein, wenn es sich um die Versicherung vorübergehender Leistungen handelt, wie sie beispielsweise in der Kranken- und Arbeitslosenversicherung gewährt werden. In der österreichischen Krankenversicherung werden zur Deckung der Versicherungskosten im vorhinein festgesetzte Beiträge erhoben, in der Arbeitslosenversicherung die tatsächlichen Versicherungskosten eines Jahres auf die Beitragspflichtigen umgelegt. Die erstere Versicherung beruhe hiernach auf einem Prämiensystem, die letztere auf einem Umlagesystem.

Bildet dagegen die Art der Bedeckung der Versicherungsleistung den Einteilungsgrund, so lassen sich die in der öffentlichen Versicherung üblichen Finanzsysteme in drei von einander wesentlich verschiedene Verfahren einteilen. Bei zweien dieser Verfahren setzt die Bedeckung der Leistung erst im Zeitpunkte des Eintrittes des Versicherungsfalles ein, während bei dem dritten Verfahren schon vor diesem Zeitpunkte aus den laufenden Beiträgen regelmäßig Rücklagen in bestimmter Höhe gemacht werden, die der Sicherstellung des individuellen Versicherungsanspruches dienen. Diese Finanzsysteme seien in Fachkreisen als „Aufwandsdeckungsverfahren", „Kapitaldeckungsverfahren" und „Anwartschaftsdeckungsverfahren" bekannt.

Das „Aufwandsdeckungsverfahren" bringt die Mittel zur Deckung der Kosten erst im Zeitpunkte der Fälligkeit der Leistung auf. Praktisch ist der Vorgang dabei der, daß nach Ablauf des Geschäftsjahres der Jahresaufwand an fälligen Rentenraten zuzüglich der Verwaltungsauslagen auf die Beitragspflichtigen umgelegt wird. Gewöhnlich werde dieses Finanzsystem nicht ganz zutreffend als „Umlageverfahren" kurzweg bezeichnet, was vielfach zu Irrtümern Anlaß gegeben habe. Die Beitragslast ist bei diesem Verfahren in den ersten Jahren des Bestandes der Versicherung

sehr gering, ein Umstand, der vielfach für seine Wahl bestimmend ist, erhöht sich aber fortschreitend in dem Maße, als die Zahl der Rentenempfänger von Jahr zu Jahr zunimmt, bis zur Erreichung eines Sättigungspunktes, der dann eintritt, wenn Abgang und Zugang von Rentnern sich das Gleichgewicht halten. Mit Erreichung des Sättigungspunktes wird sowohl Kostenerfordernis wie Beitragslast konstant. Da nur fällig gewordene Leistungsbeträge bedeckt werden, findet bei diesem Finanzsystem eine Kapitalsansammlung nicht statt. Bei Liquidierung der Einrichtung sind Mittel zur Bestreitung der bereits flüssigen Renten nicht vorhanden.

Beim „Kapitaldeckungsverfahren" müssen für alle innerhalb eines bestimmten Zeitraumes eingetretenen Versicherungsfälle die nach versicherungstechnischen Grundsätzen zur dauernden Sicherstellung der angefallenen Rentenleistungen erforderlichen Deckungswerte aufgebracht werden. Erstreckt sich dieser Zeitraum nur auf ein Jahr, so wird gewöhnlich nach Ablauf desselben das Jahreserfordernis an solchen Deckungswerten auf die Beitragspflichtigen umgelegt. Umfaßt er mehrere Jahre, so wird in der Regel der voraussichtliche Bedarf an Deckungswerten für die betreffende Periode durch Rechnung im vorherein ermittelt und hiernach der jährliche Beitrag festgesetzt. Im ersteren Fall liege das „reine Kapitaldeckungsverfahren" vor, im letzteren Fall das „Kapitaldeckungsverfahren nach Perioden mit Prämien". Das „reine Kapitaldeckungsverfahren" tritt hiernach in Verbindung mit dem Umlageverfahren auf, bei dem aber der umzulegende Betrag aus dem Jahreserfordernis an Deckungswerten für eingetretene Renten besteht. Das Kapitaldeckungsverfahren ist nur soweit kapitalbildend, als dies durch die Ansammlung für die bereits flüssigen Renten notwendig wird. Letztere müssen im Falle der Liquidierung der Einrichtung jederzeit durch das vorhandene Vermögen versicherungstechnisch voll gedeckt sein.

Beim „Anwartschaftsdeckungsverfahren" endlich sind die Beiträge für die ganze Versicherungsdauer im vorhinein so festzusetzen, daß in ihnen die künftigen Versicherungsleistungen voraussichtlich ihre volle versicherungstechnische Bedeckung finden werden. Die Beiträge übersteigen in den ersten Jahren der Versicherung das Kostenerfordernis, bleiben hingegen in der späteren Zeit hinter diesem zurück. Die anfänglichen Prämienüberschüsse dienen zur Bildung einer Prämienreserve, die die Deckung des späteren Mehrbedarfs zum Ziele hat. Bei diesem Finanzsystem sind also nicht nur die bereits flüssigen Renten, sondern auch die Anwartschaften der noch aktiven Versicherten auf künftige Versicherungsleistung kapitalisch zu bedecken. Der Deckungswert für die individuelle Anwartschaft stellt den Vermögensanteil der Aktiven an dem vorhandenen Vermögen der Einrichtung dar. Unter den behandelten Finanzsystemen komme diesem die größte kapitalbildende Kraft zu.

Die als „Prämiendurchschnittsverfahren" bekannten Finanzsysteme stellen nur Spezialfälle des Anwartschaftsdeckungsverfahrens dar. Sie werden bei Versicherungen mit Zwangscharakter, die Rentenleistungen gewähren, welche sich nach Maßgabe der geleisteten Beiträge erhöhen (steigende Renten), notwendig, um einerseits zu Prämien zu gelangen, die vom Alter abhängig sind, andererseits die jährliche Beitragslast zu stabilisieren.

Nach dem Entwurf (§ 75) sollen die für die Leistungen der Versicherungsanstalt erforderlichen Mittel durch Beiträge aufgebracht werden, die so bemessen sind, daß sie den Kapitalwert der in einem im voraus bestimmten Zeitraum fällig werdenden Renten einschließlich der Anwartschaften der Hinterbliebenen nach Rentnern und die im gleichen Zeitraum entstehenden sonstigen Anforderungen und Verwaltungskosten der Versicherungsanstalt voraussichtlich decken.

Mit dieser Bestimmung erscheine das dem technischen Aufbau des Gesetzes zugrunde liegende Finanzsystem genau umschrieben, es sei das „Kapitaldeckungsverfahren nach Perioden mit Prämien", das von dem vorgeschilderten nur insoweit etwas abweiche, als

außer den flüssigen Renten auch die Anwartschaften der Hinterbliebenen nach Rentnern kapitalisch zu bedecken seien. Bei der Versicherung gleichbleibender Renten zeige sich, unter der Voraussetzung der dauernd gleichen Alterszusammensetzung der Versicherten, das Jahreserfordernis an Deckungskapitalien konstant. Die Aufteilung dieses Erfordernisses auf die Beitragspflichtigen führe dann unmittelbar schon zu einem gleichbleibenden Beitrage. Dieses Finanzsystem sei das „Kapitaldeckungsverfahren". Es liege dem technischen Aufbau des Entwurfes zugrunde.

Um Schwankungen im Beitrage zu vermeiden, sollte er für einen mehrjährigen Zeitraum in gleicher Höhe ermittelt werden, zu welchem Zwecke als Finanzsystem das „Kapitaldeckungsverfahren nach Perioden mit Prämien" gewählt wurde. Nachdem bei diesem Finanzsystem die Anwartschaften der Aktiven kapitalisch nicht bedeckt werden, sei seine kapitalbildende Kraft geringer als bei dem in früherer Vorlage verwendeten und eben nur in dem Maße vorhanden, als es die dauernde Sicherstellung der bereits flüssigen Renten und der Anwartschaften der Hinterbliebenen nach Rentnern erfordert.

Auf Grund der Berechnungen im „mathematischen Teil" der Begründung ist der Versicherungsbeitrag bis auf weiteres auf 6 v. H. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes der Beitragsperiode festgesetzt und es soll erstmalig vor Ende 1930, darauf in fünfjährigen Zeitabschnitten die Zulänglichkeit der Versicherungsbeiträge nachgeprüft und hiernach, beginnend mit 1. Januar 1931, deren Höhe durch Verordnung immer für die nächsten fünf Kalenderjahre festgesetzt werden, wobei auf die Ausgleichung von Fehlbeträgen oder Überschüssen der bisherigen Gebarung Bedacht genommen werden soll.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Über Pauschbeträge im Sinne von § 54 Abs. 3 RVO.

Entscheidung des sächsischen Landesversicherungsamts (Beschlußsenats) v. 24. September 1921.

Ein Versicherungsamt hatte im April 1921 beschlossen, den Versicherungsvertretern die gleiche Auslösung zu gewähren, wie sie jeweils die Schöffen beim Schöffengericht am selben Ort erhalten. Das Oberversicherungsamt hat jedoch die Genehmigung versagt. Es führte aus, daß nach § 54 Abs. 3 RVO. das Versicherungsamt den Versichertenvertretern Ersatz für den entgangenen Arbeitsverdienst oder statt dessen einen Pauschbetrag für Zeitverlust zu gewähren habe. Der Pauschbetrag müßte also so hoch bemessen sein, daß er in jedem Falle auch die hochgelohntesten Versichertenvertreter schadlos halten würde. Das habe die Beschlußkammer bei einem Betrage von 20 ℳ im Hinblick auf die jetzige Höhe der Löhne für ausgeschlossen erachtet. Es sei auch zu beachten, daß bei den jetzigen großen Unterschieden zwischen den Arbeitslöhnen die Festsetzung von Pauschbeträgen für den Verdienstverlust der Versicherten-Vertreter noch unzweckmäßiger erscheine als früher, weil dabei wesentliche Verstöße gegen den Grundsatz der Gerechtigkeit unvermeidlich seien, zumal einerseits mit einem Ehrenamte die Erzielung eines Sonderverdienstes unvereinbar sein würde, anderseits aber demjenigen, der ein Ehrenamt übernimmt und ausübt, tunlichst nicht noch wirtschaftliche Verluste aufgebürdet werden dürfen.

Das Versicherungsamt hat gegen diese Entscheidung Beschwerde erhoben und dabei u. a. bemerkt, daß im ersten Halbjahr 1921 zwei Sitzungen von 3 und 4¼ Stunden Dauer stattgefunden haben. Das Landesversicherungsamt gab der Beschwerde statt und wies das Oberversicherungsamt an, die vom Versicherungsamte festgesetzten Pauschbeträge zu genehmigen. — Gründe:

Der Spruchsenat pflichtet dem Oberversicherungsamte darin bei, daß bei Festsetzung eines Pauschbetrages auch auf die Bezüge hochgelohnter Versicherungsvertreter Rücksicht genommen werden müsse. Es kann ihm aber darin nicht folgen, daß durch den Pauschbetrag der Lohnausfall eines hochgelohnten Arbeiters an jedem Sitzungstage voll ausgeglichen werden müsse. Es liegt im Wesen der Pauschbeträge, daß sie Durchschnittsziffern darstellen; es sind Beträge, die den örtlichen Verhältnissen angepaßt zusammengerechnet wenigstens im Verlaufe eines größeren Zeitraumes der Höhe des entgangenen Verdienstes annähernd gleichkommen. Darnach kann der Beschlußsenat in der Festsetzung eines Pauschbetrages von 20 ℳ, der sich übrigens durch die gesetzliche Änderung der Schöffentagegelder vom 1. August dieses Jahres ab ohne weiteres auf 30 ℳ erhöht, keinen unangemessen niedrigen Pauschbetrag erblicken. Er geht auf Grund der Anzeige des Ver-

sicherungsamtes der Stadt X davon aus, daß die Sitzungen in der Regel nur von kurzer Dauer sind, so daß bei Berücksichtigung des Umstandes, daß auch die Entfernungen in der Stadt X nicht groß sind, die Einbuße an Arbeitsverdienst bei den einzelnen nicht sehr erheblich ist. Er pflichtet aber auch der Auffassung des Stadtrates bei, daß es zweckmäßig erscheint, die Entschädigungen der Versicherungsvertreter denjenigen anzupassen, die die Inhaber anderer Ehrenämter in der Stadt X erhalten, als ihnen die abweichenden Bezüge ortsfremder Behörden zugrunde zu legen.

Der Beschlußsenat hat sonach keine Bedenken gegen die vom Stadtrat beschlossene Regelung, insbesondere nachdem eine neue Erhöhung der Tagegelder der Schöffen durchgeführt ist.

Anmerkung des Einsenders: Es dürfte für alle Beteiligten von großem Interesse sein, wenn noch weitere Erfahrungen auf diesem öffentlich bis jetzt wenig berührten Gebiete bekanntgegeben würden.

Festsetzung der Gebühren eines im Wege der Rechtshilfe gemäß § 115 RVO. vom Amtsgericht vernommenen Sachverständigen.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts v. 11. Aug. 1921 (3082 Amtl. Nachr. 1921 S. 396).

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt unterliegt nach §§ 1799, 1693 RVO. keinem Bedenken. In der Sache selbst ist die Beschwerde begründet. Das Versicherungsamt stützt seine auch in der Literatur von Lehmann, Kommentar, Anm. 5 zu § 1579 RVO., vertretene Auffassung, daß es zur Festsetzung der Gebühren eines im Wege der Rechtshilfe gemäß § 115 a. a. O. vom ersuchten ordentlichen Richter vernommenen Sachverständigen berufen sei, auf § 1579. Diese Vorschrift bezieht sich indessen nur auf Zeugen- und Sachverständigenvernehmungen, die vor dem Versicherungsamte stattfinden. Das ergibt schon § 1575, der bestimmt: „Die Vorschriften des § 1574 — über das Verfahren vor dem ersuchten Richter — gelten auch, soweit die §§ 1576 bis 1579 nichts anderes vorschreiben, für das Verfahren vor dem Versicherungsamt". Es bedurfte auch lediglich für das Verfahren vor dem Versicherungsamte der Vorschrift des ersten Absatzes des § 1579, daß die Zeugen und Sachverständigen Gebühren erhalten, wie bei Vernehmungen vor dem ordentlichen Gericht in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, also nach Maßgabe der deutschen Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige in der Fassung vom 10. Juni 1914 (RGBl. S. 214). Für Vernehmungen vor dem ersuchten Richter sehen schon die §§ 401, 413 der Zivilprozeßordnung das Recht auf Gebühren nach Maßgabe der Gebührenordnung vor. Diese Vernehmungen hat der Gesetzgeber daher bei der Vorschrift des § 1579 Abs. 1 offenbar nicht im Auge gehabt. Betrifft aber der erste Absatz des § 1579 nur das Verfahren vor dem Versicherungsamt, so kann auch die Vorschrift des zweiten Absatzes, daß auf Beschwerde gegen die Festsetzung der Gebühren das Oberversicherungsamt endgültig entscheidet, nur auf dieses Verfahren bezogen und aus ihr nicht etwa gefolgert werden, daß allgemein, also auch bei Vernehmungen von Zeugen und Sachverständigen vor dem ersuchten Richter, das Versicherungsamt für die Festsetzung der Gebühren und das Oberversicherungsamt als Beschwerdegericht zuständig sein soll. Bei Vernehmungen vor dem ersuchten Richter ist mithin nach § 17 der Gebührenordnung zu verfahren, der im Abs. 1 die Festsetzung der Gebühren in die Hände des Gerichts oder des Richters legt, vor dem die Verhandlung stattfindet, und im Abs. 2 das Recht der Beschwerde gegen die Gebührenfestsetzung dahin regelt, daß das im Instanzenzuge höhere Gericht nach Maßgabe des § 567 Abs. 2, der §§ 568 bis 575 der Zivilprozeßordnung, sowie des § 4 Abs. 3 des Gerichtskostengesetzes anzurufen ist. Der ersuchte Richter hat demnach die Gebühren selbst festzusetzen, und über die Beschwerde gegen seine Festsetzung entscheidet, wenn er ihr nicht selbst abhelfen will, das ihm übergeordnete Gericht. Die Gebührenfestsetzung des Versicherungsamts in H. vom 7. September 1920 konnte demnach nicht aufrechterhalten werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Unzulässige unterschiedliche Bemessung von Mehrleistungen.

Entscheidung des Hessischen Oberversicherungsamts vom 29. Oktober 1921 (B. K. 15/21).

Der Ausschuß einer Krankenkasse hat bei Änderung einiger Satzungsbestimmungen u. a. auch die Gewährung der Krankenhilfe auf die Dauer von 52 Wochen ausgedehnt, jedoch mit der Einschränkung, „daß solchen Mitgliedern der Kasse, welche als frühere Angehörige der deutschen Wehrmacht wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen einer Dienstbeschädigung Versorgung vom Reich auf Grund des Gesetzes über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigung (Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920) erhalten, über die 26. Woche hinaus eine Unterstützung nur insoweit gewährt wird, als der ihnen nach dieser Satzung zustehende Anspruch ihren Anspruch an das Reich übersteigt". Das Oberversicherungsamt trug Bedenken, diese Satzungsbestimmung zu genehmigen; die Sache wurde deshalb gemäß § 324 RVO. der Beschlußkammer unterbreitet. Diese hat die Genehmigung versagt aus folgenden Gründen:

Der Ansicht des Oberversicherungsamts, daß bei Genehmigung der von ihm beanstandeten Satzungsbestimmung eine unterschiedliche Behandlung der Kassenmitglieder eintreten würde, konnte die Beschlußkammer nur beitreten. Durch diese Bestimmung waren die durch Kriegsdienstbeschädigung erkrankten Kassenmitglieder im Falle einer über 26 Wochen dauernden Krankheit vom Beginne der 26. Woche ab insofern ungünstiger gestellt, als ihre Ansprüche von diesem Zeitpunkte ab gegen die Kasse nicht, wie bei den übrigen Mitgliedern, satzungsgemäß sichergestellt sind. Wenn ihnen auch Nachteile in der Höhe ihrer Ansprüche zwar nicht entstehen, so ist doch Grundsatz der Reichsversicherungsordnung, daß sie bei Zahlung gleicher Beiträge auch die gleichen Leistungen von der Kasse, auf Grund der Kassensatzung, zu beanspruchen haben. Damit fällt aber auch die Absicht der Kasse fort, sich durch die Satzungsbestimmung, vom Reich den Erstattungsanspruch vom Beginn der 26. Woche ab in voller Höhe (§ 15 RVG.) zu sichern, bzw. dem Reich Ausgaben zuzumuten, zu denen es bei gleichmäßiger Behandlung aller Kassenmitglieder nicht verpflichtet werden könnte.

Keine Einwirkung des Ges. v. 29. 7. 21 auf Ansprüche aus früheren Entbindungen.

Urteil des **Versicherungsamts der Stadt Witten** vom 21. November 1921.

. . . Bildeten die Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe ein soziales Sonderecht für sich, so kann nicht zweifelhaft sein, daß die Bestimmungen über die Gewährung von Wochenhilfe als ein Bestandteil der RVO. anzusehen sind, seitdem die Wochenhilfe eine Pflichtleistung der Krankenkasse geworden ist und deren Bestimmungen in der RVO. als solche Aufnahme gefunden haben. Gilt dies für die Wochenhilfebestimmungen im allgemeinen, so gilt dies auch von dem Nachtragsgesetz über Wochenhilfe und Familienwochenhilfe vom 29. Juli 1921 im besonderen. Enthalten daher die Wochen- bzw. Familienwochenhilfebestimmungen nicht ausdrückliche Abweichungen, so sind bei Durchführung des Gesetzes ergänzungsweise dieselben Bestimmungen anzuwenden, wie sie im Verfahren nach der RVO. angewendet werden. In der Streitfrage, über die hier zu entscheiden ist, wäre also zunächst zu prüfen, ob das Nachtragsgesetz oder die Satzung der beklagten Kasse eine Bestimmung enthält, derzufolge die erhöhten Sätze von 3 M. bzw. 1,50 M. auch für solche Wochenhilfefälle zu zahlen sind, die vor dem Inkrafttreten des Nachtragsgesetzes, also vor dem 6. August 1921, eingetreten, darüber hinaus aber noch laufen. An einer solchen Bestimmung fehlt es sowohl in dem Nachtragsgesetz (s. Artikel V des Gesetzes), als auch in der Satzung der beklagten Kasse.

Was aber in dem Gesetze fehlt, kann auch der Minister nicht in das Gesetz hinein deklarieren, wie es der Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 18. August 1921 versucht. Das würde die Verwaltung zum Gesetzgeber machen. Es ist aber auch irreführend, wenn der genannte Erlaß sagt: „Die Aufnahme einer ausdrücklichen Vorschrift dieserhalb in das Gesetz ist ebensowenig für notwendig erachtet worden, wie es seinerzeit bei Erlaß der Bekanntmachung, betreffend Erhöhung des Wochengeldes vom 6. Juni 1917 (RGBl. S. 459) und des § 2 der Verordnung über die Wochenhilfe aus Mitteln des Reiches vom 21. Dezember 1918 (RGBl. S. 1467) der Fall war."

In der erstgenannten Bekanntmachung heißt es ausdrücklich, daß der Betrag des Wochengeldes, der nach den Bekanntmachungen vom 3. 12. 1914, 28. 1. und 23. 4. 1915 für Rechnung des Reiches weiterhin zu zahlen sei, von 1,00 M. auf 1,50 M. täglich erhöht werde und daß die Verordnung mit dem Tage ihrer Verkündigung in Kraft trete. Der klare Wortlaut dieser Bekanntmachung würde mißverstanden werden, sollte hier nicht auch solchen Wöchnerinnen, vom Tage der Verkündigung der Bekanntmachung an, der Mehrbetrag an Wochengeld zugestanden werden, deren Niederkunft bereits vor dem Inkrafttreten der Bekanntmachung eingetreten war, deren Unterstützungsdauer aber noch lief. Ebenso zweifelfrei nach dieser Richtung sind auch die Bestimmungen des § 2 der Verordnung vom 21. 12. 1918, in denen es heißt, daß der Betrag des Stillgeldes, welcher aus Mitteln des Reiches weiter zu gewähren sei, von einer halben Mark auf täglich fünfundsiebzig Pfennig erhöht werde. Hat der Gesetzgeber die Bekanntmachung von 1917 und die Verordnung von 1918 gesetztechnisch so abgefaßt, daß auch in alten Wochenhilfefällen, wenn deren Unterstützungsdauer noch nicht abgelaufen war, die erhöhten Sätze gezahlt werden mußte, so war eine solche Vorsorge in dem Gesetze vom 29. Juli 1921 um so notwendiger, als nunmehr das Wochenhilferecht als Pflichtleistung der Krankenkassen — wie schon kurz gesagt — in die RVO. einverleibt ist und dadurch den Charakter als soziales Sonderrecht verloren hat. Praktisch bedeuten die Erhöhungen an Wochen- und Stillgeld auf Grund des Gesetzes vom 29. Juli 1921 eine Satzungsänderung im Sinne des § 211 RVO.

Enthält nun das Gesetz vom 29. Juli 1921 und die Satzung der beklagten Kasse keine Bestimmung, wonach bei bereits eingetretenen Unterstützungsfällen gleichfalls die erhöhten Sätze zu zahlen sind, so sind die vor dem Inkrafttreten des genannten Gesetzes eingetretenen, aber noch nicht abgeschlossenen Unterstützungsfälle nach den Rechtsgrundsätzen des § 211 a. a. O. zu beurteilen. Geschieht das hier, so hat Kläger auf die erhöhten Sätze, wie sie das Nachtragsgesetz vom 29. Juli 1921 schafft, keinen Anspruch. Zu vgl. unsere Anmerkung in Heft 28 S. 549, auch Heft 30 S. 589.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Erweiterung der Versicherungsgrenze als wichtiger Grund für Kassenärzte zur Kündigung des Vertrages.

Urteil des **Reichsgerichts** (3. Zivilsen.) vom 21. November 1921.

Die Beklagten waren Kassenärzte der Klägerin. Sie hatten sich vertraglich verpflichtet, deren Mitglieder bis zum 31. Dezember 1920 gegen ein bestimmtes Entgelt ärztliche Dienste zu leisten. Nach Erlaß der Verordnungen vom 1./30. April 1920 erklärten die Beklagten am 23. April und 22. Mai 1920 den Vertrag gemäß § 626 BGB. für aufgehoben und behandelten vom 26. Mai ab alle Kassenmitglieder nur noch als Privatkranke. Die Klägerin verlangte daher klagend in erster Reihe Erfüllung des kassenärztlichen Vertrages vom 15. März 1914 und 26. März 1920 und Schadensersatz wegen Nichterfüllung, hilfsweise die Feststellung der Unwirksamkeit der Kündigung und des Fortbestehens des genannten Vertrages. Das Landgericht erkannte nach dem Hauptantrage, das Oberlandesgericht wies die Klage ab. Im Revisionsverfahren erstrebt die Klägerin die Wiederherstellung des landgerichtlichen Urteils, während die Beklagten um Zurückweisung des Rechtsmittels gebeten haben. — Die Revision ist zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Der Revision war der Erfolg zu versagen, da für die Annahme, der Berufungsrichter habe den Rechtsbegriff des wichtigen Kündigungsgrundes im Sinne des § 626 BGB. verkannt, auch nicht der geringste Anhalt vorliegt. Ist das aber der Fall, so ist seine Feststellung, daß bei der durch die Verordnungen vom 1. und 30. April 1920 geschaffenen neuen Sachlage den Beklagten nicht zuzumuten gewesen sei, das bisherige Vertragsverhältnis mit der Klägerin fortzusetzen, *weil im wesentlichen auf tatsächlichem Gebiete liegend*, den Angriffen der Revision entzogen. Insbesondere ist nicht zu beanstanden, daß das Oberlandesgericht eine Nachprüfung der von der Klägerin aufgestellten Übersichten über die Wirkungen der genannten Verordnungen abgelehnt hat, weil für die Entscheidung der Frage, ob den Beklagten eine einseitige Lösungsbefugnis zustand, nur die Verhältnisse zur Zeit der Kündigung, nicht aber ihre spätere Entwicklung maßgebend sein können. Im übrigen muß aber auch anerkannt werden, daß die Würdigung, welche der Berufungsrichter dem an sich unstreitigen Sachverhalte hat angedeihen lassen, weder der Billigkeit noch den sozialen Gedanken widerspricht, welche in der RVO. ihren Niederschlag gefunden und in deren Dienst die Beklagten sich durch die streitigen Verträge vom 15. März 1914 / 26. März 1920 gestellt haben.

Die Verträge, welche die Ärzte mit den Krankenkassen schließen, sind privatrechtliche Dienstverträge, welche den Kassen zwar die Durchführung ihrer öffentlich-rechtlichen Aufgabe, minderbemittelten Angehörigen bestimmter Berufe ausreichende ärztliche Hilfe zu sichern, ermöglichen, zugleich aber den Ärzten im Rahmen dieses sozialen Zweckes ein angemessenes Entgelt für ihre Tätigkeit gewährleisten sollen. In dem Nachtragsvertrage vom 26. März 1920 war die Vergütung der Beklagten in der Weise geregelt worden, daß sie ohne Rücksicht auf den Umfang ihrer Tätigkeit für jedes Kassenmitglied eine Jahrespauschalsumme von 9 ℳ und für den Fall der Einführung der Familienversicherung eine solche von 13 ℳ erhielten. Damals war, wenn man von den Arbeitern und denen, die ihnen gleichstehen (vgl. § 165 Nr. 1 RVO.), absieht, die Versicherungspflicht der in dem § 1 der Verordnung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) genannten Personen (vgl. § 165 Nr. 2—5 und 7 RVO.) auf diejenigen beschränkt, deren Jahresarbeitsverdienst 5000 ℳ nicht überstieg. *Nunmehr wurden aber die Grenzen der Versicherungspflicht* durch die Verordnung vom 1. April 1920 (RGBl. S. 433) *bis zu einem Jahresarbeitsverdienst* von 20 000 ℳ und durch die Verordnung vom 26. April 1920 (RGBl. S. 769) immer noch bis zu einem solchen *von 15000 ℳ erweitert. Damit hatten sich die wirtschaftlichen Grundlagen, auf denen der Vertrag vom 26. März 1920 beruhte, und die Voraussetzungen, von denen die Parteien bei Festsetzung des Arzthonorars notwendigerweise hatten ausgehen müssen und ausgegangen waren, völlig verschoben.* Da die Klägerin gleichzeitig die Familienversicherung einführte und da schon nach der Verordnung vom 22. November 1918 diejenigen, welche nach ihrem Ausscheiden aus einem versicherungspflichtigen Betriebe von dem Rechte der Weiterversicherung Gebrauch machten (§ 313 RVO.), ihre Kassenmitgliedschaft ohne Rücksicht auf die Höhe ihres späteren Einkommens dauernd beibehalten durften, so mußten die Verordnungen vom 1. und 30. April 1920 naturgemäß auch den Kreis der versicherten Familienmitglieder und der zur Weiterversicherung Berechtigten zuungunsten der Beklagten beeinflussen. Es war daher z. Zt. des Erlasses der beiden Verordnungen gar nicht abzusehen, in welchem Umfange die Leistungen der Beklagten, die sie im sozialen Interesse gegen ein weit unter der ärztlichen Taxe bleibendes Entgelt übernommen hatten, sich steigern und die Möglichkeit und Gelegenheit zur Ausübung von Privatpraxis und zum Ausgleiche der zugunsten minderbemittelter Volksteile gebrachten wirtschaftlichen Opfer sich mindern würden. Gerade diese Ungewißheit und die naheliegende Gefahr einer erheblichen Schädigung ihrer wirtschaftlichen Interessen haben den Beklagten nach der Auffassung des Oberlandesgerichts das Recht gegeben, den Vertrag ohne Rücksicht auf die Kürze der Zeit, die er noch zu laufen

hatte, sofort aufzurufen. Diese Entscheidung und ihre Begründung enthalten, wie schon hervorgehoben, weder einen Rechtsirrtum, noch nach Lage des Falles eine Unbilligkeit. Das Bestreben der Ärzte, aus ihrer Tätigkeit ihrer Berufsausbildung entsprechende wirtschaftliche Vorteile zu ziehen, ist sozial berechtigt, und der Vorwurf unsozialen Verhaltens trifft sie hier um so weniger, als die durch die Verordnung vom 30. April 1920 eingeführte Erhöhung des Grundlohnes in Verbindung mit der zu erwartenden Vermehrung der Kassenmitglieder die Leistungsfähigkeit der Kassen voraussichtlich steigern mußte. Zudem hatten die Unterzeichner des Kündigungsschreibens vom 23. April 1920 in der Erwartung, daß die Parteien zu einem der neuen Sachlage entsprechenden Honorarabkommen gelangen würden, sich bereit erklärt, die Behandlung der Kassenmitglieder zunächst in der bisherigen Weise fortzusetzen. Erst als die Verhandlungen sich zerschlugen, sind die Beklagten nach vorheriger Anzeige vom 22. Mai dazu übergegangen, vom 26. des genannten Monats ab für die Kassenmitglieder dieselben Sätze wie für Privatkranke zu berechnen.

Da das angefochtene Urteil somit nach keiner Richtung hin zu Bedenken Anlaß gibt, war die Revision, wie geschehen, zurückzuweisen.

Anmerkung: Die Entscheidungen der beiden Vorinstanzen in dieser Sache sind mitgeteilt in ArbVers. 1920 S. 551 und 1921 S. 136. In einer Anmerkung zur Entsch. des Oberlandesgerichts (1921 S. 137) ist dargelegt, wie etwa der Nachweis eines „wichtigen" Grundes zur Rechtfertigung fristloser Kündigung des Vertrages hätte begründet werden müssen, und daß es an einer solchen Begründung völlig fehle. Wenn das Reichsgericht davon ausgeht, daß die Feststellung, den Ärzten sei bei der durch die Erweiterung der Versicherungsgrenze geschaffenen neuen Sachlage die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zuzumuten gewesen, „im wesentlichen auf tatsächlichem Gebiete" liege und deshalb den Angriffen der Revision entzogen sei, so wäre das als richtig nur anzuerkennen, wenn das Berufungsgericht ohne Rechtsverletzung zu jener tatsächlichen Feststellung gelangt wäre. Das ist aber nicht der Fall. Denn das Berufungsgericht hatte sehr wesentliche Momente, von denen die Feststellung des Umfangs der angeblichen Benachteiligung der Ärzte sowie die Wesentlichkeit der Änderung der Sachlage und folglich die „Wichtigkeit" des Kündigungsgrundes im Sinne des § 626 BGB. abhing, überhaupt nicht in den Kreis seiner Erwägungen gezogen. Deshalb mußte, wie wir meinen, das Urteil des Oberlandesgerichts aufgehoben werden. Das Reichsgericht aber hat angenommen, es sei bei Erlaß der neuen Verordnungen „gar nicht abzusehen" gewesen, in welchem Umfange eine Benachteiligung der Ärzte eintreten werde. Man sollte meinen, daß dann eben ein wichtiger Grund nicht gegeben oder jedenfalls nicht erweislich und deshalb die Kündigung nicht gerechtfertigt sei. Darüber hilft sich das Reichsgericht mit der Erwägung hinweg, daß „gerade diese Ungewißheit und die naheliegende Gefahr einer erheblichen Schädigung" die Kündigung rechtfertigen, also einen „wichtigen" Grund zur sofortigen Lösung des Vertrags abgeben sollen, obwohl doch der Vertrag ohnehin bald ablief! Diese Begründung des Urteils erscheint in hohem Maße bedenklich.

Sprechsaal.

Ein Vorschlag zu § 314 RVO.

Die Bestimmung im § 314 RVO. ist recht hart, wird von den davon Betroffenen nicht verstanden und bereitet den Kassenvorständen wie den Kassenverwaltungen manchen Verdruß. Das Erlöschen der freiw. Mitgliedschaft als Folge der säumigen Beitragszahlung trifft nicht selten invalide Personen, die dann in ihren alten Tagen noch genötigt sind, für kurze Zeit versicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen, um wenigstens bis zum Lebensende die Wohltaten der Krankenversicherung genießen zu können. Gelingt eine Arbeitsaufnahme nicht, dann wird oft die Versicherung mit Hilfe minder gewissenhafter Arbeitgeber durch Scheinanmeldung wiedererlangt. Die Vorschrift wirkt also unsozial und veranlaßt die Menschen zu Gesetzesumgehungen, an denen unsere Zeit leider ohnehin reich genug ist. Die Kassen können wohl durch eine dem letzten Satz des § 314 RVO. entsprechende Satzungsbestimmung die Zahlfrist verlängern, die Folgen einer Säumnis aber nicht aufhalten. Bei der Fülle gesetzlicher Vorschriften, mit denen z. Zt. die Menschheit beglückt wird, ist ein Übersehen von Vorschriften allzu verständlich und verzeihlich. Auch mit einer weniger harten Strafe würde sicherlich eine pünktliche Beitragszahlung erreicht werden. Einen Weg zur Änderung zeigt die in § 452 RVO. für die unständig Beschäftigten bei lässiger Beitragszahlung vorgesehene Beschränkung der Kassenleistungen, doch würde eine entsprechende Vorschrift für freiwillig Versicherte ungleich wirken, da solche Weiterversicherte, die vor Eintritt einer neuen Krankheit bereits aus anderen Gründen völlig arbeitsunfähig waren, ohnehin keinen Krankengeldanspruch haben. (Entsch. des RVA. v. 18. 10. 15, Amtl. Nachr. 1916 S. 476, ArbVers. 1916 S. 472.) Mein Vorschlag geht dahin, durch die demnächst zur Beratung kommende Novelle zur RVO. den § 314 zu streichen und in § 216 RVO. folgenden letzten Absatz einzufügen:

> „Die Krankenhilfe ruht ferner bei freiwilligen Mitgliedern, die dreimal nacheinander am Zahltage ihre Beiträge nicht entrichtet haben für eine innerhalb der ersten 3 Wochen nach dem letzten Zahltage eingetretene Erkrankung."

Ein solche Regelung kann vereinzelt, z. B. bei längerer Krankheitsdauer, auch fühlbare Härten bringen, doch wird wenigstens die Mitgliedschaft und somit der Anspruch für später eintretende Erkrankungen und die übrigen Leistungen (Sterbegeld, Wochenhilfe) erhalten.

Wittkämper,
Geschäftsführer der Allg. Ortskrankenkasse in Bünde.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Landesgesundheitsrat für Preußen.

Durch Beschluß des Preußischen Staatsministeriums vom 30. April 1921 (Preuß. Gesetz-Sammlung S. 369) ist an Stelle der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, der technischen Kommission für die pharmazeutischen Angelegenheiten und des Apothekerrats ein Landesgesundheitsrat gebildet worden, der das Staatsministerium, insbesondere den Minister für Volkswohlfahrt, in allen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und der sozial-hygienischen Fürsorge, sowie in den damit zusammenhängenden Angelegenheiten der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Wissenschaft zu beraten hat. Durch Beschluß des Staatsministeriums ist für jede Provinz ein gerichtsärztlicher Ausschuß gebildet, der als wissenschaftliche und technische, ratgebende, kollegiale Behörde die gutachtliche Tätigkeit im Fache der gerichtlichen Medizin für die Gerichte und Verwaltungsbehörden auszuüben hat. Der gerichtsärztliche Ausschuß tritt an die Stelle des Provinzial-Medizinalkollegiums.

Einiges über die Übergangsvorschriften des Reichsversorgungsgesetzes *).

Bei dem Reichsversicherungsamt ist auf Grund der Verordnung über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen zum 1. Februar 1919 (Reichs-Gesetzbl. S. 149) das Reichs-Militärversorgungsgericht errichtet worden, das im Spruchverfahren in letzter Instanz über Ansprüche auf Feststellung von Versorgungsgebührnissen entscheidet. Die erste Spruchsitzung dieses Gerichts fand am 4. November 1919 statt, und zwar waren beim Reichs-Militärversorgungsgerichte zunächst drei Senate gebildet worden. Die Zunahme der eingehenden Rekurse erforderte bald die Vergrößerung des Gerichts auf sechs, dann auf acht, auf zehn Senate, seit 1. September 1921 bestehen bereits dreizehn Senate, und auch diese reichen längst nicht aus, um die dauernd wachsende Zahl der eingehenden Rekurse bewältigen zu können. Nur mit einer durchgreifenden Änderung im Verfahren und einer gleichzeitigen starken Vergrößerung der Zahl der Senate wird hier Abhilfe geschaffen werden können. Ob das neue Verfahrensgesetz diese Neuerungen bringen wird, muß abgewartet werden. Bisher hat das Reichs-Militärversorgungsgericht, das jetzt auf Grund des Gesetzes, betr. die Feststellung des Reichshaushaltsplanes für das Rechnungsjahr 1921, vom 26. März 1921 (Reichs-Gesetzbl. S. 375 ff.) den Namen „Reichsversorgungsgericht" führt — ebenso wie die Militärversorgungsgerichte durch das Gesetz, betr. die Feststellung eines Nachtrags zum Reichshaushaltsplane für das Rechnungsjahr 1921 (Reichs-Gesetzbl. S. 865) die Bezeichnung „Versorgungsgerichte" erhalten haben —, sich fast ausschließlich nur mit Entscheidungen, die auf Grund der Militärversorgungsgesetze, insbesondere des Offizierpensionsgesetzes und des Mannschaftsversorgungsgesetzes vom 31. Mai 1906 und des Militärhinterbliebenengesetzes vom 17. Mai 1907 ergangen sind, zu beschäftigen gehabt. In der vergangenen Zeit sind gegen 100 grundsätzliche Entscheidungen ergangen, die im ersten Bande der Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichts (Verlag von Behrend & Co., Berlin) veröffentlicht sind. Zur Auslegung des neuen Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 989) sind dagegen bisher lediglich zu den Übergangsvorschriften Entscheidungen ergangen. Das neue Reichsversorgungsgesetz ist gemäß § 92 Abs. 1 mit Wirkung vom 1. April 1920 in Kraft getreten. Infolgedessen können für die Zeit nach dem 31. März 1920 Versorgungsgebührnisse auf Grund von Dienstbeschädigung nur nach Maßgabe des Reichsversorgungsgesetzes festgestellt werden. Die Anwendung des Reichsversorgungsgesetzes konnte jedoch solange nicht erfolgen, als die zur Anwendung unentbehrlichen Ausführungsvorschriften nach § 103 des Gesetzes nicht ergangen waren. Auf Grund dieser Vorschrift sind am 1. September 1920 die Verordnung der Reichsregierung zur Durchführung des § 25 Abs. 3 und des § 28 des Reichsversorgungsgesetzes (Reichs-Gesetzbl. S. 1633) und vom 16. November 1920 die Ausführungsbestimmungen zum Reichsversorgungsgesetze (Reichs-Gesetzbl. S. 1907) erlassen worden. Am 30. November 1920 ist das Reichsgesetzblatt, das die Ausführungsbestimmungen enthält, in Berlin zur Ausgabe gelangt. Von diesem Tage an, nicht etwa erst vom vierzehnten Tage nach Ablauf des Ausgabetags, ist das Reichsversorgungsgesetz in Vollzug gesetzt und konnte erst von da ab zur Anwendung gelangen. Infolgedessen bestand für die Zeit vom 1. April bis 30. November 1920 gewissermaßen ein Vacuum, da die alten Militärversorgungsgesetze nicht mehr galten und das Reichsversorgungsgesetz noch nicht in Vollzug gesetzt war. Um diese Lücke auszufüllen, bestimmt der § 93 a. a. O., daß die auf Grund der bisher geltenden Gesetze zu zahlenden Versorgungsgebührnisse nach dem 1. April 1920 solange weiter gezahlt werden, bis die Gebührnisse nach dem Reichsversorgungsgesetze festgestellt sind. Dagegen bestand tatsächlich für diejenigen Beschädigten, die einen Anspruch auf Rente infolge von Dienstbeschädigung erst nach dem 1. April 1920 angemeldet haben, bis zum 30. November 1920 keine Möglichkeit, eine Rente festzusetzen, vielmehr konnte über ihren Anspruch erst nach diesem Zeitpunkt auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes durch Bescheid entschieden werden, dann allerdings mit Rückwirkung vom ersten Tage des Monats ab, in dem die Anmeldung erfolgt ist (§ 55 Abs. 2 a. a. O.). In der Zwischenzeit konnte lediglich im Verwaltungswege durch Anweisung von Vorschüssen geholfen werden. Aus der Vorschrift des § 93 a. a. O. ergibt sich weiter, daß die Feststellung eines nach dem 31. März 1920 liegenden Endtermins für eine auf Grund des alten Rechts festgestellte Rente unzulässig ist und daß daher auch Veränderungen in den Folgen der Dienstbeschädigung, die erst nach dem 31. März 1920 eingetreten sind, bei der Zuerkennung einer Rente nach dem alten Rechte nicht berücksichtigt werden können, denn die vom 1. April 1920 zu zahlenden Versorgungsgebührnisse sind in dieser Höhe bis zur Umanerkennung weiter zu zahlen. Wenn eine Versorgungsbehörde fälschlicherweise Versorgungsgebührnisse nach dem 1. April 1920 auf Grund der bisherigen Versorgungsgesetze festgestellt hat, muß dieser die Feststellung treffende Bescheid im Spruchverfahren aufgehoben werden. Ebenso muß eine anderweite Feststellung der Versorgungsgebührnisse, die nach dem 31. März 1920 auf Grund der bisherigen Gesetze erfolgt ist, aufgehoben werden.

Das Reichsversorgungsgesetz kann im Spruchver-

*) Aus den von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts herausgegebenen „Monatsblättern für Arbeiterversicherung" 1921 S. 68.

fahren der Militärversorgung erst dann zur Anwendung kommen, wenn die Versorgungsansprüche nach diesem Gesetze durch Bescheid der Verwaltungsbehörde festgestellt sind (zu vgl. grundsätzliche Entscheidung des Reichsversorgungsgerichts vom 15. Juni 1920, abgedruckt in den Entscheidungen, Bd. I Nr. 61 S. 127, sowie die diesen Grundsatz aufrecht erhaltende Entscheidung vom 17. Dezember 1920, abgedruckt daselbst, Bd. I Nr. 107 S. 236). Infolgedessen muß bei der Umanerkennung, d. h. bei einer anderweiten Festsetzung der bisher nach altem Rechte gewährten Versorgungsgebührnisse nunmehr nach dem Reichsversorgungsgesetz, stets erst ein Bescheid der Verwaltungsbehörde vorliegen, und die Spruchbehörden können ohne eine solche Stellungnahme der Versorgungsbehörde nicht auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes Gebührnisse festsetzen. Ist dies von einem Versorgungsgerichte doch geschehen, so muß im Rekursverfahren das Urteil aufgehoben und die Sache zur anderweiten Bescheiderteilung, d. h. zur Umanerkennung der Gebührnisse nach dem Reichsversorgungsgesetz, an die Verwaltungsbehörden zurückverwiesen werden. Ebenso muß, wenn die Verwaltungsbehörde und das Versorgungsgericht auf einen nach dem 31. März 1920 gestellten Erhöhungsantrag die Erhöhung einer Teilrente von mehr als 10 v. H. unter irriger Anwendung der alten Gesetze abgelehnt haben, da eine Verschlimmerung der Gesundheitsstörung nicht vorliege, auf den Rekurs des Beschädigten die Sache an die Verwaltungsbehörde zurückverwiesen werden, damit diese die Gebührnisse mit Wirkung vom 1. April 1920 auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes neu feststellt (umanerkennt). Eine sachliche Entscheidung des Reichsversorgungsgerichts ist, da es an einer Stellungnahme der Verwaltungsbehörde bisher fehlt, nicht möglich. Handelt es sich dagegen nicht um eine Umanerkennung, sondern um einen Anspruch auf Versorgung, der erst nach dem 31. März 1920 angemeldet ist, so daß die Versorgung erst nach diesem Zeitpunkt beginnen kann, und hat hierzu die Verwaltungsbehörde einen Bescheid erlassen, so liegt eine Stellungnahme der Verwaltungsbehörde ohne Beschränkung vor, gleichviel, ob sie das neue Recht oder fälschlich das alte Recht angewendet hat. In einem solchen Falle sind die Spruchbehörden nicht gehindert, ohne weiteres über den Anspruch unter Anwendung des richtigen Gesetzes zu entscheiden.

Diejenigen Beschädigten, deren Erwerbsfähigkeit nur um 10 v. H. gemindert ist, verlieren nach dem Reichsversorgungsgesetze den Anspruch auf Versorgungsgebührnisse. Mit Rücksicht darauf jedoch, daß ihnen nach dem bisher geltenden Rechte ein Anspruch auf Rente zugestanden hat, wird ihnen für den Verlust eine einmalige Abfindung gewährt, und zwar in Höhe des dreifachen Jahresbetrags der ihnen am 1. April 1920 zu zahlenden Gebührnisse. Die Gebührnisse werden ihnen bis zum 31. Dezember 1920 weitergezahlt, und dann tritt mit dem 1. Januar 1921 die einmalige Abfindung an deren Stelle (§ 94 Abs. 1 a. a. O.). Diese Abfindung soll allen Empfängern einer Rente von 10 v. H. zukommen, und zwar kommt es lediglich darauf an, daß die 10 prozentige Rente am 1. April 1920 bezogen worden ist, ganz gleichgültig, ob sich der Grund der Erwerbsfähigkeit tatsächlich geändert hat. Der Abfindungsbescheid kann daher zwar im Spruchverfahren der Militärversorgung angefochten werden, weil ein Anspruch im Sinne des Art. II § 1 der Verordnung über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen vom 1. 2. 19 (Reichs-Gesetzbl. S. 149) auf die Abfindung besteht, kann jedoch das Rechtsmittel nur damit begründet werden, daß der Beschädigte am 1. April 1920 eine andere als eine Teilrente von 10 v. H. bezogen hat oder daß die rechnerische Feststellung unrichtig ist. Nicht dagegen kann der Abfindungsbescheid mit der Begründung angefochten werden, daß der Grad der Erwerbsunfähigkeit höher sei als die der am 1. April 1920 gewährten Rente von 10 v. H. entsprechende Erwerbsunfähigkeit. Hierüber muß vielmehr in einem neuen Verfahren entschieden werden. Den abgefundenen Beschädigten steht es jederzeit frei, einen Antrag auf Gewährung laufender Versorgungsgebührnisse zu stellen, wenn sie glauben, daß ihre Erwerbsfähigkeit durch die Folgen einer Dienstbeschädigung um wenigstens 15 v. H. gemindert ist. Dann handelt es sich aber um einen neuen Anspruch auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes, zu dem zunächst die Verwaltungsbehörde durch Bescheid Stellung zu nehmen hat.

Schrifttum.

Ergänzungen zur Reichsversicherungsordnung, drittes Buch: Unfallversicherung. Bearbeitet von A. Radtke, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt. Berlin und Leipzig 1921, Vereinigung wissenschaftlicher Verleger, Walter de Gruyter & Co. 139 Seiten. Preis geh.: 18 M.

Zum 1. und 6. Buche der RVO. (Gemeinsame Vorschriften — Verfahren), ferner zum 2. Buche der RVO. (Krankenversicherung) hat bereits Senatspräsident Lippmann Nachträge zu Nr. 106 und 107 der Guttentagschen Sammlung deutscher Reichsgesetze erscheinen lassen. Sie sind hier im Jahrg. 1921 Heft 4 S. 76 angezeigt und als willkommene Ergänzung der Guttentagschen und auch anderer Ausgaben der RVO. empfohlen worden. Gleiches gilt von dem vorliegenden Hefte. Auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung hat sich seit dem Erscheinen der Nr. 108 der Guttentagschen Ausgabe durch die rastlose neue Gesetzgebung gar vieles geändert, sodaß der Gebrauch alter Gesetzesausgaben ohne beständige Kontrolle darüber, ob und wie die einzelnen Vorschriften inzwischen etwa ergänzt oder geändert sind, Gefahren birgt. Dem hilft das vorliegende Heft ab, da es in übersichtlicher Form — nach der Paragraphenfolge der RVO. — die Ergänzungen und Änderungen (bis zum 11. Juni 1921) entweder vollständig mitteilt oder doch unter Kennzeichnung ihres Inhalts nachweist.

Die Krankenversicherung in neuester Fassung. Herausgegeben von J. Eckert, Hilfsreferent, und W. Herrmann, Hilfsarbeiter im Reichsarbeitsministerium. 2. Auflage Berlin 1921, Vossische Buchhandlung. 236 Seiten. Preis geh. 22 M.

Das Buch will eine „leicht handliche und klare Textausgabe" des 2. Buches der RVO., also eine Ausgabe sein, die den gegenwärtig geltenden Text der so vielfach und einschneidend veränderten Vorschriften über die Krankenversicherung darbietet und zugleich Aufschluß darüber gibt, worauf die Neufassung beruht. Dies wird durch Fußnoten erreicht, in denen im Anschluß an die ursprüngliche Fassung

entweder auf die abändernden Gesetze und Verordnungen hingewiesen oder, soweit es noch von Interesse ist, ihr Inhalt wörtlich mitgeteilt ist. Im Anhang sind die für die Praxis noch in Frage kommenden Ergänzungs- und Abänderungsvorschriften unter 57 Nummern vollständig abgedruckt. Ein ausführliches Sachregister nach der Buchstabenfolge erleichtert das Zurechtfinden in dem reichen und zum Teil recht verwickelten Stoffe. Ein so gestaltetes Buch ist von einleuchtendem Wert für den Gebrauch der Praktiker. Ein Kommentar ist es nicht, da es Erläuterungen nicht enthält. Stellenweise bringt es des Guten zuviel. So wirkt es z. B. verwirrend, wenn im Eingange zum Abschnitt „Wochenhilfe" in 10 Anmerkungen die Kriegsverordnungen und die Nachkriegsgesetze über Wochenhilfe der Reihe nach angeführt werden, ohne daß auch nur angedeutet wird, inwieweit dieses Material noch für den gegenwärtigen Rechtszustand von Bedeutung sein mag. Praktisch wird diese Bedeutung eine sehr geringe sein — ganz abgesehen davon, daß für Entbindungsfälle, die nach dem 30. September 1921 eingetreten sind, ein Anspruch auf Wochenhilfe auf Grund jener älteren Vorschriften nach Art. IV des Ges. v. 29. 7. 21 nicht mehr geltend gemacht werden kann. Dies neueste Gesetz konnte freilich in dem (nach dem Vorwort) bereits im April 1921 abgeschlossenen Buche noch nicht berücksichtigt werden.

Vergleichende Übersichten über die Sozialversicherung. Zusammengestellt von Appelius, Vizepräsident der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz. Zu beziehen durch den Vorstand (Düsseldorf, Aderstr. 1). 23 Seiten. Preis 3 M. (bei Bestellung über 500 Stück Ermäßigung nach Vereinbarung).

In übersichtlicher Tabellenform sind die für die Kranken-, Invaliden-, Unfall- und Angestelltenversicherung verschiedenen Vorschriften über folgende Punkte anschaulich nebeneinander dargestellt: Einfluß des Alters und Altersgrenzen; Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit; Versicherungspflicht; Versicherungsfreiheit; Freiwillige Versicherung; Beitragsleistung; Anwartschaft; Wartezeit; Versicherungsfall, Pflichtleistungen, sonstige Leistungen; Ruhen, Wegfall, Pfändbarkeit, Aufrechnung von Ansprüchen und Leistungen; Organisation und Verfahren.

Betriebsrätegesetz nebst der Wahlordnung und den Ausführungsverordnungen des Reichs und Preußens. Von Professor Dr. Adolf Günther. Berlin und Leipzig 1920 im Verlage der Vereinigung wissenschaftlicher Verleger, Walter de Gruyter & Co. 166 Seiten. Preis geh. 9 *M.*

Das Buch ist als Nr. 138 b der Guttentagschen Sammlung deutscher Reichsgesetze erschienen. Die kurz und klar gefaßten Anmerkungen bringen das Wesentlichste zur Erläuterung der einzelnen Vorschriften bei. Angefügt sind die Wahlordnung v. 5. 2. 20 nebst den zugehörigen Mustern, die Ausführungsverordnungen des Reichs v. 14. und 21. 4. 20, die preußische Ausführungsverordnung v. 8. 3. 20 und ein Verzeichnis aller bis Mitte April 1920 erschienenen reichs- und landesrechtlichen Ausführungsbestimmungen. So enthält das Büchlein in enger Zusammenfassung das wichtigste amtliche Material.

Taschenwörterbuch der medizinischen Fachausdrücke für Nichtärzte. Von Regierungs-Medizinalrat Dr. Walter Marle. Berlin und Wien 1921 bei Urban & Schwarzenberg. 153 Seiten. Preis geb. 24 M.

Nach dem Titelblatt ist das Buch „insbesondere für das Krankenpersonal" bestimmt, aber im Vorwort ist bemerkt, daß das Buch darüber hinaus allen nichtärztlichen Kreisen, die irgendwie mit der medizinischen Wissenschaft zu tun haben, ein brauchbares Hilfsmittel zum Verständnis der allerwichtigsten Fachausdrücke sein soll. Diesem Zwecke dürfte es in der Tat entsprechen. Denn es bietet keineswegs nur eine Verdeutschung, sondern vielmehr kurzgefaßte Erklärungen der Fachausdrücke und überdies in 345 Abbildungen, die teils an den zutreffenden Stellen in den Text eingefügt, teils im Anhang auf besonderen Tafeln enthalten sind, gute Veranschaulichungen. Auch für die größeren Krankenkassen und andere Versicherungsträger kann ein solches Hilfsmittel wohl von Nutzen sein.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Bereithaltung von Verbandmaterial in Fabriken usw. durch die Krankenkasse.

1. Nach Flöha (Sa.). Antwort: Die Unternehmer von Baugeschäften und Fabriken usw. können durch polizeiliche Anordnungen, insbesondere auf Grund des § 120 d in Verbindung mit § 120 a Gew.-Ordg., verpflichtet sein, Verbandzeug u. dgl. zur ersten Hilfe bei Verletzungen bereitzuhalten. Wo dies nicht der Fall ist und auch sonst ist die Krankenkasse auf Grund ihrer aus den §§ 182 ff. und 363 RVO. sich ergebenden Aufgaben berechtigt, an Stelle des Unternehmers und mit seinem Einverständnis unmittelbar die erforderlichen Einrichtungen für die erste Hilfe zu treffen, also namentlich auch Verbandkästen aufzustellen und mit den erforderlichen Heilmitteln auszustatten (zu vgl. Arb.-Vers. 1912 S. 784 Ziff. 18). Eine Verpflichtung hierzu aber hat die Kasse nicht, und sie ist daher befugt, im Hinblick auf die gegenwärtig so sehr im Preise gestiegenen Heil- und sonstigen Hilfsmittel jene bisher von ihr getroffenen und instandgehaltenen Einrichtungen zurückzuziehen.

Wechsel des Arbeitgebers eines Ersatzkassenmitgliedes.

2. Nach R. Antwort: Wenn ein Ersatzkassenmitglied, das nach § 517 RVO. das Ruhen der Rechte und Pflichten bei seiner Pflichtkasse erwirkt hat, nur den Arbeitgeber wechselt, ohne daß dadurch die Zugehörigkeit zu derselben Kasse unterbrochen

wird, so dauert auch das Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Ersatzkasse ohne neuen Antrag fort. Das ist bei der Beratung in der Kommission ausdrücklich hervorgehoben worden (Komm. Ber. II S. 479) und das RVA. hat in demselben Sinne entschieden („Ortskrankenkasse“ 1916 Sp. 763).

Anrechnung der bereits genossenen Kassenleistungen beim Übertritt zu einer anderen Krankenkasse.

3. Nach Halle a. S. Frage: Von einer auswärtigen Kasse wurde uns ein Erkrankter nach § 219 RVO. überwiesen. Wir übernahmen für Rechnung der ersuchenden Kasse das Heilverfahren. Der Erkrankte erhielt für die Zeit vom 26. 1. bis einschließlich 1. 5. 21 zusammen 96 Tage Krankengeld und Krankenpflege. Von diesem Tage ab wurde er als erwerbsfähiger Kranker durch Veränderung seiner Arbeitsstelle Pflichtmitglied unserer Kasse und durch den bis jetzt behandelnden Arzt erneut vom 27. 7. 21 erwerbsunfähig geschrieben. Da es sich um dieselbe chronische Krankheit handelt, fragen wir an, ob wir berechtigt sind, die Leistungen der auswärtigen Kasse im vorliegenden Falle nach § 183 RVO. in Anrechnung zu bringen, weil kein unterstützungsfreier Zeitraum dazwischen liegt und es sich also um eine ununterbrochene Krankheit handelt.

Antwort: Die Frage ist zu bejahen. Es liegt ein Uebertritt des Kranken zu einer anderen Kasse während des Bezugs von Kassenleistungen vor. Ihre Kasse hat daher nach § 212 RVO. nur die „weitere“ Leistung nach ihrer Satzung zu übernehmen, woraus folgt, daß die Zeitdauer der von der ersten Kasse bezogenen Unterstützung auf die Dauer der Unterstützung durch Ihre Kasse so anzurechnen ist, als wenn der Kranke schon bisher von Ihrer Kasse unterstützt worden wäre. Zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. 2546, Amtl. Nachr. 1919 S. 413, ArbVers. 1919 S. 685.

Kreis der Berechtigten bei der Familienhilfe.

4. Nach Essen. Antwort: Für den Anspruch auf Familienhilfe nach § 205b Ziff. 1 RVO. ist nicht der Begriff der „Angehörigen“ im Sinne des § 186 RVO., sondern der in der Satzung umschriebene Kreis von Familienangehörigen des Versicherten maßgebend. Für die Tante des Versicherten ist daher nach Ihrer Satzung die Familienhilfe zu versagen.

Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO.

5. Nach Lublinitz. Frage: Liegt Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO. vor, wenn ein Arbeiter die versicherungspflichtige Beschäftigung freiwillig aufgibt, um sein abgebranntes Haus wieder aufzubauen und hat seine Ehefrau Anspruch auf Familienwochenhilfe nach § 205a RVO., wenn sie innerhalb 3 Wochen nach dem Ausscheiden ihres Ehemannes niederkommt?

Antwort: Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO. ist Fehlen einer Beschäftigung gegen Entgelt (zu vgl. Entsch. des Großen Senats des RVA. in ArbVers. 1916 S. 129 und Hahn daselbst 1919 S. 302, 303). Diese Voraussetzung ist hier gegeben, da der Arbeiter zwar mit einer seinem wirtschaftlichen Interesse dienenden Verrichtung beschäftigt ist, die ihm aber irgendeinen als Entgelt anzusehenden Gegenwert nicht einträgt, wie es etwa der Fall wäre, wenn er in einem eigenen, auf Erwerb gerichteten Betriebe tätig wäre. Daher hat er, wenn die weiteren Voraussetzungen des § 214 gleichfalls gegeben sind, auch Anspruch auf Wochenhilfe nach § 205a RVO., da diese Leistung jetzt im zweiten Buche der RVO. vorgeschrieben, also eine Regelleistung ist (§ 179 Abs. 1 und 2 RVO.).

Zugehörigkeit zur Betriebskrankenkasse (§ 245 Abs. 3 RVO.).

6. Nach Gießen. Antwort: In die Betriebskrankenkasse gehören nach § 245 Abs. 3 RVO. alle im Betriebe beschäftigten Versicherungspflichtigen. Dabei sind unter „Betrieben“ diejenigen zu verstehen, für die die Kasse nach der Satzung errichtet ist. Das sind im vorliegenden Falle die Zigarrenfabriken. Die Errichtung eines Neubaus für diese Fabriken bildet keinen Bestandteil des auf Zigarrenfabrikation gerichteten Betriebs, auch wenn die Firma den Bau nebst den Erd- und Aufräumungsarbeiten in eigener Regie ausführt. Die hierbei beschäftigten Arbeiter gehören also in die Ortskrankenkasse.

a) Keine Familienhilfe für im Ausland Wohnende. b) Hilfeleistung der Hebamme bei Fehlgeburt als ärztliche Behandlung.

7. Nach Duisburg. Antwort: a) Den in Polen wohnenden Angehörigen des Versicherten ist die Familienhilfe zu versagen (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 143 Ziff. 6, 1920 S. 492).

b) Die Fehlgeburt ist ein anormaler Körpervorgang und daher als Krankheit anzusehen, wenn sie Krankenpflege erfordert oder arbeitsunfähig macht. Die Kasse hat daher der nichtversicherten Angehörigen des Mitgliedes gemäß Ihrer Satzung als Familienhilfe „freie ärztliche Behandlung und Arznei“ zu gewähren. Als ärztliche Behandlung wird in diesen Fällen der Regel nach auch die Hilfeleistung durch eine Hebamme anzusehen sein (§ 122 Abs. 1 Satz 2 RVO.).

Zur Versicherungspflicht der Zahntechniker und „Schwestern“ an der Zahnklinik einer Kasse.

8. Nach S. Antwort: Die Zahntechniker in der von der Kasse unterhaltenen Klinik sind zwar im wesentlichen mit Arbeiten materieller Art nach Anweisung der Zahnärzte beschäftigt, nehmen aber doch im Vergleich zu bloßen Gehilfen eine gehobene Stellung ein und sind daher nach näherer Vorschrift des § 165 Abs. 1 Ziff. 2, Abs. 2 und § 1226 Abs. 1 Ziff. 2, Abs. 2 RVO kranken- und invalidenversicherungspflichtig (zu vgl. Anleitung des RVA. vom 26. 4. 12 — Amtl. Nachr. S. 720 ff. — Ziff. 24, 45). Die „Schwestern“ aber, die ihnen beigegeben sind, um ihnen die nötigen Handreichungen zu machen und das Erforderliche auf den Behandlungskarten zu notieren, sind wegen dieser rein mechanischen Arbeiten lediglich als Gehilfen anzusehen und daher ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsverdienstes nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 und § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 versicherungspflichtig.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung“ in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geb Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1340 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. Januar 1922 | Heft 2

Die geldlichen Lasten der Gemeinden aus der Sozialversicherung.

Von Bürgermeister Friedrich Kleeis in Aschersleben.

Die Gemeindeverwaltungen sind mit vielfachen Aufgaben an der Durchführung der sozialen Versicherung beteiligt. Nach § 36 RVO. ist bei jeder unteren Verwaltungsbehörde eine Abteilung für Arbeiterversicherung (Versicherungsamt) zu errichten. In § 1559 RVO. ist den Ortspolizeibehörden die Pflicht auferlegt worden, die Betriebsunfälle sobald als möglich zu untersuchen, die voraussichtlich nach der RVO. zu entschädigen sind. Eine Reihe allerdings nicht bedeutungsvoller Obliegenheiten sind auch den „Gemeindebehörden" oder den „unteren Verwaltungsbehörden" übertragen worden. Wichtiger sind schon die Obliegenheiten dieser auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung.

Diese Aufgaben haben im großen und ganzen die Gemeinden u n e n t g e l t l i c h zu besorgen. Nach § 59 RVO. sind zwar sämtliche Kosten des Versicherungsamts von dem Bundesstaat zu tragen; wenn aber das Versicherungsamt bei einer gemeindlichen Behörde errichtet ist, so trägt die Kosten der Gemeindeverband, dessen Bezirk dem des Versicherungsamts umfaßt. Ist ein Versicherungsamt für die Bezirke mehrerer unterer Verwaltungsbehörden gemeinsam errichtet, so bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde die Kostenverteilung. Nun sind aber die gemeindlichen Versicherungsämter die allgemeine Regel; Versicherungsämter als selbständige Behörden im Sinne des § 38 RVO. bilden ganz seltene Ausnahmen.

Die Bestimmungen über die Kosten der Versicherungsämter haben im Laufe der Beratungen verschiedene Wandlungen erfahren. Daß der Gemeindeverband, dessen Bezirk den des Versicherungsamts umfaßt, die Kosten zu übernehmen hat, ist erst ein Ergebnis der Kommissionsberatungen (vgl. Komm. Ber. I S. 137 ff.). Der Entwurf sah die Kostentragung keineswegs in diesem Umfange vor, wollte vielmehr zwischen Staat und den hauptbeteiligten Gemeinden einerseits und den Versicherungsträgern anderseits die Lasten verteilen. Die erste Fassung der Kommissionsberatung wollte sogar ausschließlich dem Bundesstaat die Kosten überbürden (vgl. Komm. Ber. I S. 56, 57, 80, 81, namentlich S. 138). Nach § 59 Abs. 2 RVO. haben die Versicherungsträger allerdings die in Spruchsachen (§§ 1591 bis 1674) entstehenden Barauslagen des Verfahrens, mit Ausnahme der Bezüge der Versicherungsvertreter, zu erstatten, soweit die Barauslagen nicht nach Abs. 3 zu erstatten sind (das sind solche, die ein Beteiligter schuldhaft veranlaßt hat). Diese Fassung wurde sogar erst noch bei der dritten Lesung im Reichstag getroffen. Die hiernach den Gemeinden zu erstattenden Kosten sind daher recht geringen Umfanges. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung

sind beispielsweise endgültig vom Gemeindeverband zu tragen alle Kosten der Aufsichtsführung und der damit zusammenhängenden Geschäfte, wie Revisionen und die durch sämtliche Beschlußsachen verursachten Kosten, aus dem Gebiete der Invalidenversicherung die gesamte Vorbereitung der Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherungsanträge, die Erörterungen bei Entziehungen von Renten, aus der Unfallversicherung die Erledigung der „Einsprüche" gegen die Rentenfestsetzung usw.

Vor der RVO. waren es nur Aufgaben der unteren Verwaltungsbehörde und der Ortspolizeibehörde, in die sich der Aufgabenkreis der Gemeinden und Gemeindeverbände auf dem Gebiete der sozialen Versicherung scheiden ließ. Die Erwägung, daß der größte Teil der Aufgaben der unteren Verwaltungsbehörde nach der RVO. auf die neu eingerichteten Versicherungsämter überging, und daß diese selbst wieder der unteren Verwaltungsbehörde angegliedert wurden, war von Einfluß auf die Übertragung der Kosten der Versicherungsämter auf die Gemeinden. Weiter glaubte man, daß die Gemeinden mit ihren Einrichtungen nicht sparsam genug sein würden, wenn sie Erstattung ihrer Aufwendungen vom Staate zu beanspruchen hätten (vgl. Komm. Ber. I S. 82).

In Zeiten günstiger finanzieller Lage der Gemeinden mochten diese Schlußfolgerungen vielleicht ohne energischen Widerspruch hingenommen werden. Heute kann ihnen nicht mehr beigepflichtet werden. Die geldlichen Verhältnisse der Gemeinden verschlechtern sich von Tag zu Tag. Die Reichssteuergesetze schränken die städtische Steuerautonomie auf das Äußerste ein. Die den Gemeinden verbliebenen Einnahmequellen haben bereits den höchsten Grad der Leistungsfähigkeit erreicht. Eine Erleichterung der Geldnöte der Gemeinden kann nur durch Abwälzung oder Herabsetzung aller ihnen im Laufe der letzten Jahrzehnte zugeschobenen Lasten erreicht werden, die nicht ausschließlich auf dem Interessengebiet der Gemeinden liegen. Die Versicherungsämter müssen aber als ausgesprochene Reichseinrichtungen angesehen werden. Sie sind die Behörden einer reichsgesetzlich geregelten Angelegenheit; sie liegen weder im Interessen- noch im Pflichtengebiet der Gemeinden. Es ist schon behauptet worden, sie bildeten mehr oder weniger einen Fremdkörper im Aufbau des städtischen Verwaltungskörpers. Das mag übers Ziel geschossen sein, jedenfalls ist aber so viel richtig, daß sie jederzeit ohne Schädigung des städtischen Verwaltungsapparates aus ihm wieder entfernt werden können. Vergleichsweise sei darauf verwiesen, daß das Reich mit der Übernahme der Steuergesetzgebung auch die Finanzbehörden der Länder in folgerichtiger Weiterführung seines Vorgehens auf das Reich übernommen hat. Diese Behörden führen jetzt auch fast ausschließlich die Einhebung der Reichssteuern durch.

Die Aufwendungen der Gemeinden für die Versicherungsämter sind keineswegs gering. Beispielsweise zählt das städtische Versicherungsamt München 72 Beamte, für die ein jährlicher Kostenaufwand (ohne die neueste Erhöhung der Teuerungszulage) von rund 1 223 000 ℳ an Gehältern erwächst. Der sonstige Aufwand des Amtes beträgt nach dem Etat für 1920 rund 321 000 ℳ. Dieser Gesamtaufwand von über 1½ Mill. ℳ für das Versicherungsamt verteilt sich in der Weise, daß 756 560 ℳ auf die Erledigung der versicherungsamtlichen Aufgaben und 787 440 ℳ auf die Besorgung ortspolizeilicher Aufgaben entfallen. Das ist also etwa eine Hälftelung der Aufwendungen. Die Erfahrungen mittlerer Städte zeigen, daß zur Erledigung der Obliegenheiten, die ihnen die soziale Versicherung bereitet (soweit ein Versicherungsamt vorhanden ist), auf 10 000 Einwohner rund ein Beamter nötig ist. Bei den heutigen Gehältern nebst allem Zubehör (Büro, Formulare, Schreibwaren usw.) sind das rund 25 000 ℳ jährlich.

Es können Zweifel bestehen, ob sich die Übernahme des Aufwands der Gemeinden auch empfiehlt bei den Aufgaben der Stadt

als Ortspolizeibehörde und untere Verwaltungsbehörde in Fragen der sozialen Versicherung. Im Grunde genommen handelt es sich auch hier nur um Maßnahmen in Durchführung eines Reichsgesetzes, nämlich der Reichsversicherungsordnung. Der Unterschied ist nur, daß diese Aufgaben schon vor Einführung der Reichsversicherungsordnung bestanden und daß sie nicht ausdrücklich den Versicherungsämtern übertragen worden sind. Das sind aber nur formale Einwände und Zufälligkeiten. Wenn z. B. die Angestelltenversicherung noch ein besonderer, der Reichsversicherungsordnung noch nicht eingegliederter Versicherungszweig ist, und damit die Aufgaben der Gemeinden in der Angestelltenversicherung nicht den „Versicherungsämtern“, sondern den „unteren Verwaltungsbehörden“ übertragen sind, so handelt es sich hier nur um Worte. Die meisten der Aufgaben, die den „Ortspolizeibehörden“ oder den „unteren Verwaltungsbehörden“ übertragen worden sind, werden in Wirklichkeit auch von den Versicherungsämtern oder wenigstens von den in diesen beschäftigten Personen besorgt. Allgemein handelt es sich um Maßnahmen zur Durchführung der reichsgesetzlich geregelten Versicherungsgesetzgebung, die sich in Ermangelung einheitlicher und auch finanziell selbständiger Versicherungsbehörden der Gemeinden als ihrer Vollzugsorgane bedient.

Für die Gemeinden ist es zunächst nebensächlich, ob die Kostenerstattung vom Reich oder Land oder den Versicherungsträgern geschieht. Zur Entscheidung dieser Frage sind die Gemeinden nicht berufen. Es sei hier nur so viel gesagt, daß es sich auch rechtfertigen ließe, mindestens zum Teile die Versicherungsträger heranzuziehen. Der geregelte Umtausch der Quittungskarten, die rechtzeitige Berichtigung der in ihnen etwa fälschlicherweise verwendeten Marken, die geordnete Erneuerung verlorener Karten, die Heranziehung von Arbeitgebern zu gesetzmäßiger Beitragsentrichtung usw. dient, neben den Interessen der Versicherten, in erster Linie denjenigen der Landesversicherungsanstalten. Ebenso liegt es im Interesse der Berufsgenossenschaften, wenn die Anmeldung und Ermittelung der versicherungspflichtigen Betriebe, die Durchführung der „polizeilichen“ Unfalluntersuchungsverhandlungen (wobei sehr häufig Verstöße gegen die Unfallverhütungsvorschriften festgestellt werden) und ähnliche Vorrichtungen sachverständig und genau erfolgen. Das gleiche gilt für eine Reihe von Obliegenheiten auf dem Gebiete des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte leistet zwar schon jetzt eine Vergütung, aber nur von 3 ₰ für jede ausgestellte Karte. Das ist so wenig, daß auch von der beantragten Erhöhung dieses Betrages die Deckung der Sach- und Personalkosten nicht erhofft werden kann.

Die Verbände der Gemeinden und Städte haben sich schon wiederholt mit dieser Angelegenheit beschäftigt. Der Bayerische Städtebund sprach sich bereits im Juni 1920 durch seinen Hauptausschuß und am 7. November 1920 durch die Mitgliederversammlung dahin aus, daß die Ausgaben der städtischen Versicherungsämter vom Staate oder vom Reiche zu übernehmen sind. Der Bayerische Städtebund hat der Bayerischen Staatsregierung folgenden Antrag unterbreitet:

„1. Daß der gesamte Aufwand der Städte für die ihnen nach der RVO. und dem Versicherungsgesetz für Angestellte als Versicherungsamt, untere Verwaltungsbehörde und Ortspolizeibehörde übertragenen Aufgaben auf das Reich übernommen wird; soweit dies nicht möglich sein sollte,

2. daß der gesamte Aufwand der Städte auf rein versicherungsamtlichem Gebiete durch das Reich übernommen wird, und

3. daß zu den Kosten auf dem Gebiet der unteren Verwaltungsbehörde und der Ortspolizeibehörde das Reich einen entsprechenden Zuschuß von mindestens der Hälfte des der Stadt erwachsenden Aufwandes trägt, soweit hier nicht etwa an eine Teilung des Aufwands zwischen Reich, Land und Gemeinde wie auf dem Gebiete der Erwerbslosenfürsorge gedacht werden soll.

Wir geben uns der sicheren Erwartung hin, daß die bayrische Staatsregierung im Interesse einer Wiedergesundung der völlig zerrütteten gemeindlichen Finanzverhältnisse mit allen zu Gebote stehenden Mitteln unterstützen wird.“

In dem Antrage ist immer nur von den Städten die Rede. Das hat seinen Grund darin, daß dem Bunde nur Städte angehören. Weiter bestand auch die Ansicht hier

und da, daß, wenn man schon den Gemeinden überhaupt die Aufwendungen nicht erstatten wolle, man wenigstens den Städten gewisse Mehraufwendungen ersetzen solle. Die größeren Städte würden unverhältnismäßig stärker als die ländlichen Gemeinden und Bezirke belastet. Der Zusammenstrom der versicherungspflichtigen Bevölkerung in den größeren Städten bedingt in Verbindung mit dem Umstand, daß diese Kreise naturgemäß geweckter und an der Wahrung ihrer Rechte interessierter sind, also die Behörden stärker in Anspruch nehmen, als die mehr ländliche Bevölkerung, daß ein größerer und besser geschulter Beamtenapparat bereit gehalten werden muß. Es müßte daher mindestens den größeren Städten das Mehr, das ihnen gegenüber den Landgemeinden erwächst, in irgendeiner Weise abgenommen werden. Eine solche halbe Regelung, die den kleineren Gemeinden gegenüber nicht nur ungerecht, sondern auch recht umständlich in ihrer Berechnung usw. wäre, können wir nicht empfehlen. Es muß doch immer eine gewisse Einheitlichkeit eingehalten werden.

Der Deutsche Städtetag hat sich ebenfalls mit der Angelegenheit befaßt und eine Eingabe in dem Sinne der bayerischen an die gesetzgebenden Stellen des Reiches gerichtet. Das Reichsarbeitsministerium hat darauf folgendes geantwortet:

„Von der in dem gefl. Schreiben vom 22. März d. J. — I 876/21 — gegebenen Anregung, die Kosten der städtischen Versicherungsämter auf Reichsmittel zu übernehmen, habe ich Kenntnis genommen. Anläßlich der bevorstehenden Gesamtreform der RVO. wird voraussichtlich auch eine etwaige Umgestaltung der gegenwärtig bestehenden Versicherungsbehörden erwogen werden. Die Frage der Kostentragung für diese Behörden — durch Reich, Stadt, Gemeindeverband oder Versicherungsträger — dürfte dann wesentlich von der Art und dem Umfange der Aufgaben abhängen, welche ihnen übertragen werden. Der Umstand allein, daß die Arbeiterversicherung auf einem Reichsgesetz beruht, reicht wohl nicht aus, um die Übernahme aller Kosten auch für örtliche Stellen aus Reichsmitteln zu rechtfertigen.

Soweit die Angestelltenversicherung in Frage steht, kommen die Versicherungsämter nicht in Betracht. Im übrigen werden die aufgeworfenen Fragen im Verhältnis zu diesem Zweige der Sozialversicherung im Zusammenhang mit einem dem Reichstag noch vorliegenden Entwurf eines Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte geprüft werden, der durch das am 6. 7. 21 vom Reichstag angenommene Gesetz über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte noch nicht erledigt ist."

Am richtigsten wird es sein, alle die Aufgaben, die zur Zeit die soziale Versicherung — einschließlich der Angestelltenversicherung — den Gemeindeverwaltungen auferlegt, den Versicherungsämtern zu übertragen. Dazu hätte auch die „polizeiliche" Unfalluntersuchung usw. zu gehören. Die Versicherungsämter brauchen dann keine Abteilung der unteren Verwaltungsbehörde mehr zu sein, sondern könnten eine größere Selbständigkeit erlangen. Daraus würde sich dann von selbst ergeben, daß auch die Kostenfrage anders als bisher geregelt werden muß.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 11 der Amtl. Nachr. v. 18. November 1921.)

I. Unfallversicherung.

Vor Neufeststellung einer Dauerrente wegen Änderung der Verhältnisse ist (abgesehen von § 1596 RVO.) eine ärztliche Untersuchung des Verletzten nicht unbedingt erforderlich; die Unterlassung ist kein wesentlicher Mangel des Verfahrens, wenn der Versicherungsträger nach Lage der Sache annehmen konnte, daß die Einholung eines ärztlichen Gutachtens für die Entscheidung ohne Bedeutung sein werde (3083 S. 407).

Ein nach Inkrafttreten der Vrdg. v. 5. 5. 20 (RGBl. S. 878, ArbVers. S. 293) eingegangener Antrag auf Gewährung der Zulage zur Verletztenrente nach der Vrdg. v. 27. 11. 19 (RGBl. S. 1921, ArbVers. S. 710) ist nicht zulässig (3084 S. 409).

Durch die auf Grund des § 14 Abs. 1 Ziff. 2 des Betriebsräteges. v. 4. 2. 20 (RGBl. S. 147) erlassene Vorschrift des Reichsarbeitsministers, wonach Rechte und Pflichten des Arbeitgebers nach diesem Gesetze bei den dem Reichsversicherungsamt unterstellten Berufsgenossenschaften von dem Vorstandsvorsitzenden ausgeübt werden, werden die satzungs-

mäßigen Einschränkungen der Vertretungsbefugnis des Vorsitzenden nicht beeinflußt (3085 S. 410).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Nach dem Wochenhilfegeſ. in der Fassung der Bekanntm. v. 22. 5. 20 (RGBl. S. 1069, ArbVerf. S. 348) war Wöchnerinnen während des Wochengeldbezugs, nämlich 4 Wochen unmittelbar vor und 6 Wochen nach der Entbindung, neben Krankengeld Wochengeld nicht zu zahlen (2674 S. 414).

Bei geheimer Stimmabgabe ist § 9 RVO., wonach bei Stimmengleichheit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag gibt, nicht anwendbar (2675 S. 415).

Weist das Versicherungsamt den Antrag auf Erlaß einer aufsichtlichen Anordnung (§ 30 RVO.) zurück, so steht nur den Beteiligten die Rechtsbeschwerde offen. Als beteiligt gilt auch der Antragsteller nur dann, wenn sein rechtliches Interesse durch die Entscheidung betroffen oder unmittelbar in seine Rechte eingegriffen wird (2676 S. 416).

Bei Beschlüssen im Sinne des § 345 Abs. 3 Satz 1 RVO. ist die Mehrheit der Arbeitgeber und der Versicherten durch getrennte Abstimmung festzustellen (2677 S. 417).

B. Zur Krankenversicherung.

Einwirkung des Gesetzes über Wochenhilfe vom 29. 7. 21 auf Ansprüche aus früheren Entbindungen?

Entscheidung des Versicherungsamts Frankfurt a. M. vom 11. November 1921.

Aus den Gründen: ... Die Frage der rückwirkenden Kraft von Verwaltungsgesetzen ist in der Literatur keine unbestrittene; überwiegend wird aber die Meinung vertreten, daß das Prinzip der Nichtrückwirkung der Rechtsnormen grundsätzlich auch im Verwaltungsrecht gilt (vgl. statt anderer, Fleiner: Institutionen des Deutschen Verwaltungsrechts, 4. Aufl., § 5 II, S. 88 ff.). Freilich gibt es auch Ausnahmen von diesem Prinzip nicht bloß, wenn sich der neue Rechtssatz ausdrücklich rückwirkende Wirkung beilegt, sondern auch, wenn sich das als gewollt aus dem Zusammenhang des ganzen neuen Rechts ergibt. Je bedeutungsvoller ein Rechtssatz für das Gemeinwohl sei, um so eher sei die Annahme gerechtfertigt, sein Urheber habe ihn auf bereits bestehende Verhältnisse in Anwendung bringen wollen.

Bei der Frage, ob einem Verwaltungsgesetz rückwirkende Kraft beizumessen ist, wird man vor allem auch überlegen müssen, inwieweit in der gleichen Rechtsmaterie sonst die Frage der rückwirkenden Kraft einzelner Rechtsnormen behandelt worden ist. Für das Gebiet der Sozialversicherung steht nun fest, daß bisher den einzelnen neuen Rechtsnormen rückwirkende Kraft im allgemeinen nicht zukam; wenn etwas anderes gelten sollte, so wurde das im Gesetz ausdrücklich gesagt. Am klarsten ergibt sich das aus § 211 RVO., wo es heißt: „Für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, können durch Satzungsänderungen die Leistungen erhöht, nicht aber herabgesetzt werden." Daraus erhellt mit voller Klarheit, daß, wenn eine Satzungsänderung eine Erhöhung von Leistungen vorsieht, diese auf vor deren Inkrafttreten eingetretene Versicherungsfälle nur dann Anwendung findet, wenn das ausdrücklich in der Satzung bestimmt ist. Hier handelt es sich indes nicht um eine Einzelbestimmung, sondern um den Ausfluß eines allgemeinen in der RVO. geltenden Prinzips. Überall, wo rückwirkende Kraft neuer Rechtsnormen beabsichtigt war, hat man es in der RVO. ausdrücklich gesagt. So bestimmte z. B. Art. 30 des EinfGes. zur RVO., daß für Versicherungsfälle, in denen beim Inkrafttreten der RVO. die Leistungspflicht der Krankenkassen nach dem alten Recht noch fortdauert, von diesem Tage an die Vorschriften der RVO., soweit sie für den Berechtigten günstiger sind, gelten sollen; und ganz ähnliches gilt von den beiden in dem Schreiben des Reichsarbeitsministers vom 18. August 1921*) verfehlterweise für seine Ansicht geltend gemachten Verordnungen der Verordnung vom 6. Juni 1917 betreffend Erhöhung des Wochengeldes und der Verordnung vom 21. November 1918 über die Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs. In der erstgenannten Verordnung heißt es in § 1: Der Betrag des Wochengeldes, welcher nach der Bekanntmachung vom .... weiterhin zu zahlen ist, wird von 1 M. auf 1,50 M. täglich erhöht; und § 2 der Verordnung vom 21. Dezember 1918 lautet: Der Betrag des Stillgeldes, welcher aus Mitteln des Reichs weiter zu gewähren ist, wird von 0,50 M. auf 0,75 M. täglich erhöht. Aus allen diesen Gesetzen und Verordnungen ergibt sich also deutlich, daß man da, wo man die Rückwirkung eines Gesetzes auf Rechtstatbestände, die vor seinem Inkrafttreten zur Entstehung gelangt sind, gewollt hat, das ausdrücklich gesagt hat. Die notwendige Schlußfolgerung ist dann die, daß da, wo die Rückwirkung nicht ausdrücklich angeordnet ist, sie nicht Platz greifen kann.

Dieser Auffassung ist auch Hahn in seinem Handb. der Krankenverſ., 8./9. Aufl., Bd. 1, Note 3 zu § 211, S. 337, wenn er schreibt: Auch Änderungen

*) ArbVerf. 1921 S. 549.

der Gesetzgebung haben nach allgemeinen Grundsätzen keinen Einfluß (auf bereits vorher eingetretene Versicherungsfälle), soweit nicht das neue Gesetz eine Einwirkung vorsieht.

Es soll nicht verkannt werden, daß die rückwirkende Kraft des Gesetzes vom 29. Juli 1921 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge auf Versicherungsfälle, die bereits vorher eingetreten sind, außerordentlich erwünscht gewesen wäre. Die fortgesetzte Steigerung aller Preise macht eine Erhöhung der Bezüge an Wochen- und Stillgeld dringend notwendig; indes hätte der Gesetzgeber, wenn er eine derartige Rückwirkung aus durchaus billigenswerten Gründen gewollt hätte, das ausdrücklich sagen müssen. Daß er es nicht getan hat, mag auf einem bedauerlichen Versehen beruhen, das indes jeden Augenblick durch die Gesetzgebung selbst wieder gut gemacht werden kann. Es geht aber nicht an, daß Verwaltungsbehörden, und seien sie auch die oberste Spitze der Verwaltung, Versehen des Gesetzgebers ausgleichen; der Richter darf, wenn nicht alle Rechtssicherheit zugrunde gehen soll, derartigen Tendenzen nicht nachgeben.

Da sonach dem Gesetz vom 29. Juli 1921 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge rückwirkende Kraft nicht zukommt, so konnte auch eine Zubilligung von Wochen- und Stillgeld im Betrage der neuen höheren Sätze dieses Gesetzes nicht in Frage kommen.

Der Anspruch des Klägers mußte darum als unbegründet abgewiesen werden.

Kein Recht des Betriebsrates zur Teilnahme an Vorstandssitzungen oder sonstiger Kontrolle gegenüber der Kassenverwaltung.

Beschluß des **Versicherungsamts Hamburg** vom 21. November 1921 (2736/21. K).

Der Vorstand einer Ortskrankenkasse hat folgende Bestimmungen über die Teilnahme des Betriebsrates an den Vorstandssitzungen usw. getroffen:

„1. Der Betriebsrat hat das Recht, zwei seiner Mitglieder in die Vorstandssitzungen und in die Sitzungen der Personalkommission mit beratenden Befugnissen zu entsenden.

2. Der Betriebsrat ist berechtigt, vom Vorstand und den Verwaltungsdirektoren der Kasse Auskunft über Geschäftsangelegenheiten zu verlangen.

3. Sollen Anordnungen des Vorstandes oder der Betriebsleitung getroffen werden, die aus dem Arbeitsverhältnis hervorgehen, so ist dem Betriebsrat vor Bekanntgabe die Angelegenheit zu unterbreiten und, falls er zustimmt, seine Gegenzeichnung erforderlich.

4. Alle sonstigen auf Grund des Betriebsrätegesetzes oder Tarifvertrags beruhenden Rechte des Betriebsrates werden durch diese Richtlinien nicht berührt."

Diesen Beschluß hat der Vorsitzende des Vorstandes der Kasse nach § 8 RVO. beanstandet und mit der Begründung Beschwerde bei dem Versicherungsamt dagegen erhoben, daß die Durchführung des Beschlusses Zustände hervorgerufen habe, die eine ordnungsmäßige Geschäftsführung ausschließen. Das Versicherungsamt hat den Beschluß des Vorstandes aufgehoben. — Gründe:

Die Beanstandung und die Beschwerde waren begründet. Der Beschluß des Vorstandes verstößt gegen grundsätzliche Gesetzesvorschriften über die Rechte und Pflichten des Vorstandes.

In § 342 RVO. legt der Gesetzgeber den aus dem Selbstverwaltungsrecht der Kasse herzuleitenden Grundsatz fest, daß die laufende Verwaltung der Kasse allein Sache des Vorstandes der Kasse ist. Diese Bestimmung ist zwingenden Rechtes, und der Vorstand ist nicht in der Lage, dritten Personen oder anderen Organen, geschweige denn seinen Angestellten, eine Mitwirkung an den Vorstandsgeschäften, einen Einfluß auf seine Beratungen und Entschließungen oder eine Kontrolle seiner Tätigkeit einzuräumen, soweit eine solche nicht durch andere gesetzliche Vorschriften, z. B. der Aufsichtsbehörde, eingeräumt ist. Allerdings schließt diese Vorschrift, wie in der Literatur und der Rechtsprechung übereinstimmend anerkannt wird, nicht aus, daß der Vorstand zur Vorbereitung seiner Beratungen und Beschlüsse seine geschäftsleitenden Angestellten oder den Vorsitzenden des Kassenausschusses oder Sachverständige und Auskunftspersonen, also auch Vertreter der Angestellten als solche zuzieht (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 342, den Aufsatz von Haenel in der Monatsschrift für Arb.- u. Angest.-Vers. 1916 S. 38/42, den Aufsatz von Kleeis daselbst 1918 S. 346, Entsch. Preuß. ObVerwGer. v. 2. Dezember 1907 in der Entscheidungssammlung von Reger Bd. 29 S. 66, Entsch. des Versicherungsamtes in Leipzig v. 24. Juli 1914 in der Volkstüml. Zeitschr. für prakt. Arbeiterverf. 1915 S. 78). Auf diese im Interesse der Geschäftsführung zweckmäßige Befugnis des Vorstandes bezieht sich auch die Vorschrift in Abs. 3 des § 71 der Mustersatzungen für Ortskrankenkassen, nach der der Vorsitzende zu den Sitzungen Angestellte, welche die Geschäfte der Kasse erledigen, d. h. also geschäftsleitende Angestellte als Auskunftspersonen zuziehen kann. Nur in diesem Sinne ist daher auch die Vorschrift in § 67 Abs. 3 der Kassensatzung zu verstehen, nach der der Vorsitzende zu den Sitzungen Angestellte mit beratender Stimme hinzuziehen kann. Dabei ist lediglich noch klargestellt, daß die zugezogenen Angestellten auch an der Beratung teilnehmen können, natürlich nur, soweit der Vorsitzende das gestattet und für zweckmäßig hält.

Durch diese Beschlüsse wird aber dem Betriebsrat das Recht gegeben, an allen Sitzungen des Vorstandes teilzunehmen, auch alle Sitzungen der Personalkommission des Vorstandes zu beschicken, ferner vom Vorstande und den geschäftsführenden Angestellten Auskunft über alle Geschäftsangelegen-

heiten zu verlangen, die das Dienstverhältnis betreffenden Anordnungen des Vorstandes und der Geschäftsleitung ausnahmslos dem Betriebsrat zu unterbreiten und seine Zustimmung einzuholen. Dadurch wird aber nicht nur generell und bindend der Kreis der nach dem Gesetze zur Teilnahme an den Vorstandssitzungen berufenen und für die Geschäftsführung der Kasse verantwortlichen Personen erweitert, sondern auch weit darüber hinausgehend dem Betriebsrat eine Mitwirkung und eine umfassende Kontrolle der gesamten Geschäftsführung des Vorstandes als Recht zugestanden. Dadurch entäußert sich der Vorstand vollständig seiner Selbständigkeit und Freiheit und eigenen Verantwortung zugunsten der Vertretung der Angestelltenschaft der Kasse, welche in erster Linie ihre eigenen Interessen zur Geltung zu bringen sucht, die in manchen Beziehungen mit den Interessen der Kasse in Widerspruch stehen können. Die Einräumung so weitgehender Mitwirkungsrechte verstößt gegen die dem Vorstande als Selbstverwaltungsorgan auferlegte Pflicht, seine Entscheidungen frei und selbständig zu fassen und keinem anderen Organ oder keiner anderen Person ein Recht der Einwirkung auf die Verhandlungen und Beschlüsse des Vorstandes einzuräumen, soweit dies nicht gesetzlich gefordert wird (vgl. die oben angeführten Entscheidungen und Schriften).

Nicht nur aus § 342, sondern auch aus § 11 RVO. ist die Unzulässigkeit einer solchen allgemeinen Ermächtigung zur Teilnahme und Mitwirkung an den Verhandlungen des Vorstandes zu folgern. Die Sitzungen des Vorstandes sind nicht öffentlich. Diese Bestimmung, aus der sich im allgemeinen die Verpflichtung zur Diskretion für die Vorstandsmitglieder ergibt, soll die freie Meinungsäußerung und unbeeinflußte Abstimmung der Vorstandsmitglieder gewährleisten. Wenn aber der Betriebsrat, der in scharfen, nicht endenden und mehrfach von Streikandrohungen begleiteten Lohnbewegungen gegen den Vorstand steht, an allen Sitzungen des Vorstandes und der Personalkommission teilnehmen kann, mitberaten kann und auch über die Verhandlungen außerhalb der Vorstandssitzungen, sowie über alle Anordnungen des Vorstandes Auskunft verlangen kann, so werden dadurch jedenfalls diejenigen Mitglieder des Vorstandes, welche in den Berufsorganisationen gleicher Richtung organisiert sind und auch sonst den Vertretern der Angestellten persönlich nahestehen, einem starken Druck und ständiger Beeinflussung in ihrer Meinungsäußerung und Stimmabgabe unterworfen. Dazu kommt, daß der Betriebsrat, der ja nicht in dienstlicher Eigenschaft an den Verhandlungen teilnimmt, zur Diskretion gegenüber der Angestelltenschaft nicht verpflichtet ist und daß, abgesehen davon, daß ein solches Gebot nicht beachtet werden würde, die Auferlegung der Schweigepflicht gegenüber den übrigen Angestellten den Aufgaben und der Bestimmung des Betriebsrates grundsätzlich widersprechen würde. Auch aus dem Gebot der Nichtöffentlichkeit der Vorstandsverhandlungen ergibt sich daher die Unzulässigkeit der Einräumung des Rechtes an den Betriebsrat zu dauernder und umfassender Teilnahme und Mitwirkung an den Beratungen des Vorstandes und zu der festgelegten allgemeinen Auskunftspflicht des Vorstandes gegenüber dem Betriebsrat (vgl. Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamts v. 19. Mai 1915 in ArbVers. 1915 S. 497, sowie die oben zitierten Entscheidungen und Schriftsteller). Daß aber praktisch diese dem Betriebsrat verliehenen Rechte von ihm in einer Weise benutzt werden, welche die theoretischen Überlegungen vollkommen bestätigt, ergibt sich aus der Begründung des Vorsitzenden, daß die Durchführung des Beschlusses Zustände hervorgerufen habe, die eine ordnungsmäßige Geschäftsführung ausschließen.

Nach der Reichsversicherungsordnung dürfen dem Betriebsrat also solche Rechte nicht eingeräumt werden. In einzelnen Fällen, in denen Personalsachen oder Büroorganisationsfragen allgemeiner Art auf der Tagesordnung des Vorstandes oder eines Ausschusses des Vorstandes stehen, können nach freiem Ermessen des Vorstandes die Betriebsratsmitglieder oder einzelne Mitglieder des Betriebsrates zu Sitzungen eingeladen werden und solange es dem Vorstande zweckmäßig erscheint, gehört werden und insoweit auch an der Beratung teilnehmen. Inwieweit das geschieht und geschehen soll, liegt aber im freien Ermessen des Vorstandes oder des Vorsitzenden, der in keiner Weise den Angestellten gegenüber gebunden werden darf. Keinesfalls aber erscheint es zulässig, den Betriebsrat an den Beratungen über Gewährung von Unterstützungen an Mitglieder, Beitragssachen, über die Vermögensverwaltung und andere nicht die persönlichen Verhältnisse der Angestellten berührende Gegenstände teilnehmen zu lassen.

Auch auf das Betriebsrätegesetz kann ein Anspruch der Angestellten oder des Betriebsrates auf Teilnahme an den Vorstandssitzungen und Kontrolle des Vorstandes nicht gestützt werden. § 70 des Betriebsrätegesetzes findet auf Krankenkassen überhaupt keine Anwendung. Die Heranziehung und Anhörung des Betriebsrates auf den ihm zugewiesenen Betätigungsgebieten (§ 66) erfolgt regelmäßig in der Weise, daß der Arbeitgeber seinerseits an den Sitzungen des Betriebsrates teilnimmt, Vertreter in den Betriebsrat entsendet oder Sitzungen des Betriebsrates anberaumen läßt, um in diesen mit dem Betriebsrat zu verhandeln. Auch kommen die Ziffern 1 und 2 des § 66 für Krankenkassen nur in Frage, soweit es sich um Fragen der Verwaltung von Heilanstalten, Genesungsheimen und anderen Wirtschaftsbetrieben der Kasse und um das in diesen Betrieben beschäftigte Personal handelt. Die allgemeine Kassenverwaltung ist aber kein Wirtschaftsbetrieb, auch nicht im Sinne des Betriebsrätegesetzes. Damit hat der Betriebsrat sich überhaupt nicht zu befassen.

Der Beschluß, der dem Betriebsrat Teilnahme- und Kontrollrechte über den Vorstand einräumt, ist daher schlechthin und unbedingt unzulässig.

Beurlaubung eines Kranken gegen Verzicht auf Leistungen der Krankenpflege außerhalb des Kassenbezirks.

Urteil des **Oberversicherungsamts Allenstein** vom vom 19. Oktober 1921.

Das Mitglied der Allg. Ortskrankenkasse B., Lehrschwester Helene R., erkrankte am 7. August 1919 an einem Herzleiden. Am 22. August 1919 beantragte sie bei der Kasse einen 3 wöchigen Landaufenthalt, der ihr auch gewährt und später immer wieder verlängert wurde. Die Genehmigung des Landaufenthaltes ist unter Zubilligung des einfachen Krankengeldes und nach Verzicht auf Erstattung von etwa entstehenden Kosten für ärztliche und arzneiliche Behandlung erfolgt. Die R. begab sich daraufhin zu ihrer Mutter außerhalb des Kassenbezirks. Hier verschlechterte sich ihr Zustand derart, daß sie sich in Behandlung des Dr. G. begeben mußte, wovon sie die Kasse auch sogleich benachrichtigte. Der Antrag der R. auf Zahlung des erhöhten Krankengeldes oder Übernahme der Arzt- und Arzneikosten ist von der Ortskrankenkasse abgelehnt worden. Das Versicherungsamt verurteilte jedoch die Kasse nach dem Antrage der Klägerin. Die Kasse legte Berufung ein. Im Berufungsverfahren verzichtete die Klägerin auf das erhöhte Krankengeld und forderte nur die Erstattung der Arzt- und Arzneikosten. Hierzu wurde die Kasse vom Oberversicherungsamt verurteilt aus folgenden Gründen:

Es fragt sich, ob es zulässig ist, daß die Kasse von den bei ihr Versicherten wirksam verlangen kann, daß diese, falls ihnen für die Zeit der Rekonvaleszenz das Verlassen des Kassenbezirks ausdrücklich erlaubt wird, wirksam auf kassenpflichtige ärztliche und arzneiliche Behandlung verzichten können. Das Oberversicherungsamt Groß-Berlin hat in einer Entsch. vom 9. Mai 1919 (zu vgl. ArbVers. 1919 S. 448/49) einen solchen Verzicht im Falle einer Beurlaubung für zulässig erklärt. Im Gegensatz hierzu schreibt jedoch der § 368 RVO. vor, daß die Bezahlung anderer Ärzte als Kassenärzte abgelehnt werden kann, wenn es sich nicht um einen dringenden Fall handelt. Es erscheint nicht angängig, daß von den Versicherten, wenn wider Erwarten die Krankheit zur Zeit des genehmigten Aufenthaltes außerhalb des Kassenbezirks dringend ärztliche und arzneiliche Hilfe nötig macht, ein Verzicht gegen die Inanspruchnahme von Arzt und Arznei gültig abgegeben werden kann. Der Versicherte kann einen solchen Verzicht wirksam nicht erklären, wenn das Gesetz ihm einen solchen Anspruch einräumt.

Nach dem einwandsfreien Attest des Sanitätsrats Dr. G. in R. vom 17. September 1919 litt Klägerin damals an einem Herzklappenfehler und war fest bettlägerig und nicht reisefähig. Da Klägerin sich sofort an ihre Kasse wandte, wäre diese verpflichtet gewesen, sie an einen Arzt oder an die für sie im Kreise R. zuständige Kasse zu verweisen. Aus der Art der Wiedererkrankung ist zu schließen, daß es sich um einen dringenden Fall handelte. Nach einem weiteren Attest desselben Arztes war sie auch noch am 8. Dezember 1919 nicht reisefähig.

Die Kasse ist daher verpflichtet, ihr die Arzneikosten und für die Dauer der Dringlichkeit, das heißt bis zu dem Zeitpunkt, wo sie wieder reisefähig war, solange sie in ärztlicher Behandlung stand, die ärztlichen Kosten zu ersetzen, letztere aber nur insoweit, als die Gebührenordnung die Mindestsätze vorschreibt (Amtl. Nachr. 1920 Nr. 2560 S. 172, ArbVers. 1920 S. 311).

Anmerkung: Die Entscheidung ist, soweit es sich um die Kosten der **Krankenpflege** handelt, nicht unbedenklich. Nach dem Tatbestande war die Versicherte nicht Rekonvaleszentin, sondern krank, als sie um Urlaub nachsuchte. Sie hatte, wenn sie sich ohne Urlaub entfernte, keinen Anspruch auf Leistungen der Krankenpflege und setzte sich überdies der Bestrafung auf Grund der Krankenordnung aus. Da die Kasse ihr den Urlaub versagen durfte, konnte sie ihn auch mit der Maßgabe bewilligen, daß die Versicherte nur von der Strafe des Zuwiderhandelns gegen die Krankenordnung frei wurde, wenn sie sich entfernte, während es bei der anderen Rechtsfolge der Entfernung verblieb, daß die Versicherte außerhalb des Kassenbezirks keinen Anspruch auf **Krankenpflege** hatte (zu vgl. Hahn, Anm. 2d zu § 368 und die dort angeführten Entscheidungen).

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" Nr. 11 S. 215 ff.)

Nr. 495. Als unabwendbarer Zufall im Sinne des § 331 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte kann auch ein Versagen der postalischen Beförderung gelten.

Nr. 496. Ein wesentlicher Mangel des Verfahrens liegt vor, wenn der Vorsitzende des Schiedsgerichts die Beweiserhebung in die Hände einer Partei legt.

Nr. 497. Arbeitgeber der von einem Postagenten zu seiner Vertretung und Aushilfe in den Geschäften der Postagentur mit Genehmigung der Postverwaltung angenommenen, von dem Postagenten aus seiner Gesamtvergütung entlohnten Vertreterinnen ist die Postverwaltung, nicht der Postagent.

Nr. 498. Bei dem Ausscheiden eines Angestellten aus einem nach § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungsfreien Beschäftigungsverhältnisse besteht auch bezüglich früherer versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse

kein Anspruch aus § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Dies gilt sowohl für öffentliche Beamtinnen, als auch für die durch Privatdienstvertrag auf Kündigung Angestellten.

Nr. 499. Scheidet ein Angestellter aus dem die Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse begründenden Beschäftigungsverhältnis aus, so wird ein Erlöschen der Anwartschaft nicht schon dadurch verhindert, daß nach den Satzungen der Ersatzkasse die dort begründete Versicherung fortdauert oder sich in eine beitragsfreie Versicherung umwandelt.

Nr. 500. § 1 der Bekanntmachung, betr. die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) ist auch auf solche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste anwendbar, welche an sich versicherungspflichtig sind.

Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 1173).

Vom 13. Dezember 1921 (RGBl. S. 1578).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

In Ergänzung des § 2 des Gesetzes über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung vom 31. 5. 20 (RGBl. S. 1144) wird bestimmt, daß für Angestellte, die nach jenem Gesetz in Verbindung mit dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtig waren, jedoch infolge Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und nunmehr auf Grund des Artikels II Nr. 1 des Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 23. 7. 21 (RGBl. S. 1173) wieder versicherungspflichtig werden (Wiederversicherte), die Kalendermonate der Zwischenzeit als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzurechnen sind.

Für Angestellte, die infolge Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes über fünftausend Mark oder siebentausend Mark aus der Versicherungspflicht ausgeschieden waren, ohne auf Grund der Bekanntmachung vom 28. 8. 18 über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung (RGBl. S. 1085) oder auf Grund des Gesetzes vom 31. 5. 20 über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung (RGBl. S. 1144) wieder versicherungspflichtig geworden zu sein, gilt Abs. 1 entsprechend.

Wenn ein solcher Angestellter von dem Rechte der freiwilligen Versicherung nach § 15 des Versicherungsgesetzes für Angestellte für die zurückliegende Zeit, während welcher er nach dem 28. 8. 18 und im Falle des Abs. 1 nach dem 30. 4. 20 nicht versicherungspflichtig war, Gebrauch macht oder gemacht hat, so gelten die freiwilligen Beiträge, die er für diese Zeit gültig nachentrichtet oder bereits während der zurückliegenden Zeit entrichtet hat, als Pflichtbeiträge im Sinne des § 48 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, nicht dagegen im Sinne des § 398. Die freiwillige Versicherung hat die Wirkung der Pflichtversicherung für die nach dem 30. April 1920 und im Falle des Abs. 2 nach dem 28. August 1918 aus der Versicherungspflicht Ausgeschiedenen nur insoweit, als ihre Beiträge mindestens in der Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrags vor jenem Ausscheiden des Angestellten aus der Versicherungspflicht und im Falle des § 177 mindestens in derjenigen Gehaltsklasse, deren Beitrag diesem Pflichtbeitrag am nächsten liegt, entrichtet sind oder gültig nachentrichtet werden.

Artikel II.

Wiederversicherte im Sinne des Artikels 1 Abs. 1 und 2 dieses Gesetzes sowie Neuversicherte im Sinne des Artikels III des Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 1173) werden auf Antrag von der eigenen Beitragsleistung befreit, wenn für sie bis einschließlich 10. Juni 1921 bei öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmungen (§ 1 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 RGBl. S. 139) der Abschluß eines Versicherungsvertrags beantragt worden ist und der Jahresbetrag der Beiträge für diese Versicherung einschließlich der Beiträge für etwaige Nachversicherungen, die hierzu bis einschließlich zum 31. Dezember 1921 beantragt werden können, am Tage des Befreiungsantrags mindestens dem Beitragsanteile gleichkommt, den sie entsprechend ihrem Jahresarbeitsverdienste nach dem Gesetz über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 23. Juli 1921 zu tragen hätten. Der Antrag auf Befreiung muß bis zum 31. Januar 1922 gestellt sein. Er ist an die Ausgabestelle zu richten. Die Entscheidung trifft die Reichsversicherungsanstalt, sie kann die Entscheidung der Ausgabestelle übertragen. Lehnt diese den Antrag ab, so entscheidet auf einen innerhalb eines Monats gestellten Antrag die Reichsversicherungsanstalt. Die Frist beginnt mit der Zustellung des ablehnenden Bescheids der Ausgabestelle. Dem Antrag ist der Versicherungsschein (Aufnahmeschein oder dergleichen) beizufügen; er kann auch nachträglich vorgelegt werden. Im übrigen gelten die Vorschriften des § 391 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 sowie der §§ 392, 393 und die gemäß § 392 Abs. 4 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ergangenen Ausführungsvorschriften entsprechend.

Die Befreiung wirkt vom 1. August 1921 ab. Vor der Verkündung dieses Gesetzes gestellte Befreiungsanträge gelten als mit dem 1. August 1921 gestellt.

Sollte die Grenze des für die Versicherungspflicht maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes gesetzlich weiter erhöht werden, so wirkt die Befreiung nur so lange, als der Jahresarbeitsverdienst von dreißigtausend Mark nicht überschritten ist.

Artikel III.

Neuversicherte im Sinne des Artikels III des Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 23. Juli 1921 werden auf Grund des § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der Versicherungspflicht rückwirkend auf den Tag ihres Beginns befreit, sofern der Befreiungsantrag bis einschließlich 31. Januar 1922 beim Rentenausschuß oder der Reichsversicherungsanstalt eingeht und bereits zu dem früheren Zeitpunkt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Befreiung im übrigen vorlagen.

Artikel IV.

Die Eigenschaft als Neuversicherter im Sinne des Artikels III des Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 23. Juli 1921 und der Artikel II und III des vorliegenden Gesetzes geht dadurch nicht verloren, daß Versicherte die frühere Pflichtversicherung freiwillig fortgesetzt haben.

Artikel V.

Sind Befreiungen von der eigenen Beitragsleistung auf Grund der bisherigen Gesetze ausgesprochen, so bleiben sie nur bestehen, wenn die Höhe der Beiträge zur Lebensversicherung einschließlich der Beiträge für etwaige Nachversicherungen, die bis einschließlich zum 31. Dezember 1921 beantragt werden können, so hoch sind, daß eine Befreiung auch nach Artikel II dieses Gesetzes beantragt werden könnte.

Artikel VI.

Im § 73 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist am Schlusse des Satzes 2 ein Strichpunkt zu setzen und folgender Satz anzufügen:

„soweit die Beitragsmonate vor dem 1. August 1921 liegen, wird das Mittel aus den Jahresarbeitsverdiensten mit dem sechsfachen Betrag angerechnet."

Artikel VII.

Artikel I dieses Gesetzes tritt mit Wirkung vom 1. Mai 1920, die Artikel II bis VI treten mit Wirkung vom 1. August 1921 in Kraft.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Krise in den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten.

In den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten ist wieder einmal eine besonders ernste Krise ausgebrochen. Seit geraumer Zeit schwebten zwischen den am „Berliner Abkommen" beteiligten Hauptverbänden, nämlich

1. dem Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen in Dresden,
2. dem Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen in Essen a. Ruhr,
3. dem Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands in Essen, Ruhr,
4. dem Verband deutscher Innungskrankenkassen in Hannover,
5. dem Allgem. Verband deutscher Landkrankenkassen in Perleberg,

auf der einen und den Ärztevereinigungen,

1. dem Deutschen Ärztevereinsbund in Leipzig und
2. dem Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen in Leipzig,

auf der anderen Seite, Verhandlungen über Änderungen jenes Abkommens und der bestehenden Tarifvereinbarungen. Das Ergebnis der abschließend am 30. und 31. 10. 21 und weiterhin am 30. 11. und 1. 12. 21 im Reichsarbeitsministerium geführten Verhandlungen war ein dreifaches:

1. eine Vereinbarung v. 31. 10. 21 über Änderung bzw. Ergänzung einzelner Tarifbestimmungen;
2. ein Schiedsspruch v. 31. 10. 21 nebst Änderung v. 1. 12. 21 über Tarifänderungen, hinsichtlich deren eine Einigung der Parteien nicht zustandegekommen war;
3. ein unter Vermittlung des Reichsversicherungsamtes sowie im Einvernehmen mit dem Reichsarbeitsminister und den Regierungen der Länder getroffenes, das „Berliner Abkommen" ergänzendes Abkommen über Errichtung eines Reichsschiedsamtes*). Das Abkommen ist, der darin enthaltenen Bestimmung gemäß, unterm 9. 11. 21 im „Reichsanzeiger" veröffentlicht.

Über den unter 2. erwähnten Schiedsspruch hatten sich die Beteiligten die Erklärung vorbehalten. Die Kassenverbände haben ihn schließlich angenommen. Dagegen hat der Leipziger Verband der Ärzte den Schiedsspruch abgelehnt und durch seinen Vorstand dem Reichsarbeitsminister gegenüber sich folgendermaßen über seine Auffassung hinsichtlich der Rechtsfolgen seiner Erklärung geäußert:

„Wir möchten nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß sich mit der Ablehnung des Schiedsspruchs vom 1. 12. d. J. nicht allein das Tarifabkommen mit den Kassenhauptverbänden und die damit in engerem Zusammenhang stehenden anderen Vereinbarungen nebst der „Verständigung" vom 30. 10. d. J. erledigt haben, sondern auch dem soeben errichteten „Reichsschiedsamt",

*) Zu vgl. ArbVers. 1921 S. 273, 357.

das auf einer Bestimmung des Abkommens zwischen den Kassenhauptverbänden und den Ärzteverbänden vom 21./22. 3. d. J. beruht, die Grundlage seiner Existenz entzogen ist. Mit Rücksicht hierauf erübrigt sich nach Ansicht des Vorstandes vorläufig auch die Ernennung von ordentlichen Mitgliedern des „Reichsschiedsamts" und ihren Stellvertretern. Von allen Vereinbarungen zwischen Kassenhauptverbänden und Ärzteverbänden bleibt einzig und allein das „Berliner Abkommen" vom 23. 12. 13 mit seinen Instanzen bestehen."

Die Kassenverbände haben hierauf durch folgende gemeinsame Erklärung v. 13. 12. 1921 geantwortet:

„Der Leipziger Verband hat den am 1. 12. d. J. in der Streitsache über die Erhöhung der tarifmäßigen Honorare gefällten Schiedsspruch abgelehnt und sich zugleich losgesagt von allen mit den Krankenkassenverbänden rechtsverbindlich getroffenen Vereinbarungen, insbesondere von dem bis zum 31. 3. 1922 verlängerten Tarifvertrag vom 9. 12. 1919 und der vereinbarten Änderung des Berliner Abkommens betreffend das Reichsschiedsamt. Nur das Berliner Abkommen selbst, das die Krankenkassen zur Zahlung des sogenannten Fünfpfennigzuschlages zur Abfindung der Nothelfer verpflichtet, will er noch gelten lassen. Das Vorgehen des Leipziger Verbandes ist ein neuer Akt der Gewaltpolitik gegenüber den Krankenkassen, der sich früheren würdig anreiht.

Die Kassenverbände erheben daher schärfsten Einspruch gegen dieses Verhalten. Der Leipziger Verband ist nicht berechtigt, zum Teil unter Mitwirkung von Reichsbehörden zustande gekommene Vereinbarungen einseitig außer Geltung zu setzen. Nach Auffassung der Kassenverbände bestehen alle nicht abgelaufenen Verträge und Abmachungen zwischen Kassen und Ärzteverbänden zu Recht, so namentlich der Tarifvertrag und die Vereinbarung des vorläufigen Reichsschiedsamts. Die Krankenkassen werden gebeten, trotz des Vertragsbruchs des Ärztverbandes aus Anlaß der Teuerung von den Ärzten geforderte Honorarerhöhungen nicht abzulehnen, sondern in angemessenen Grenzen zu bewilligen und hierbei nötigenfalls bis zu den durch den Schiedsspruch vom 1. 12. 21 bewilligten Sätzen und festgesetzten Grenzen zu gehen, vorausgesetzt, daß die Ärzte auch die übrigen Festsetzungen des Schiedsspruches und namentlich die Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Ärzteverbänden vom 31. 10. d. J. anerkennen, nach welchem u. a. unter Ziffer III Abweichungen von der preußischen ärztlichen Gebührenordnung über die Sonderleistungen getroffen worden sind. Über die Sätze und Bestimmungen des Schiedsspruches hinausgehende Forderungen bitten wir jedoch abzulehnen.

Die Krankenkassenverbände haben den Leipziger Verband aufgefordert, sich auf den Boden des Rechts zu stellen und namentlich den Tarifvertrag und die sonst bestehenden Abmachungen nach wie vor anzuerkennen. Andernfalls werden die Kassenverbände in Abwehr seiner die Versicherten schwer schädigenden und den Frieden zwischen Kassen und Ärzten störenden Gewaltpolitik zu Gegenmaßnahmen schreiten und zunächst die Zahlung des Fünfpfennigzuschlags gemäß Ziffer 11 des Berliner Abkommens und die Einbehaltung des Zehnpfennigbeitrags der Ärzte einstellen."

Wir wollen hier nicht zu der verblüffenden Rechtsauffassung Stellung nehmen, wonach der Ärzteverband sich berechtigt glaubt, aus seiner Ablehnung des Schiedsspruchs die Hinfälligkeit früherer, unabhängiger Vereinbarungen herzuleiten — mit Ausnahme derjenigen, an deren Aufrechterhaltung der Verband (besonders wegen des 5-Pfg.-Zuschlags) ein recht erhebliches Interesse hat. Aber es ist von Interesse, den wahrscheinlichen Beweggründen des brüsken Verhaltens nachzugehen. Bei den erwähnten Verhandlungen im Reichsarbeitsministerium hatte der Vertreter des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen die Frage aufgeworfen, ob die bevorstehende Erhöhung des Grundlohnes und der Versicherungsgrenze für die Ärzte etwa Anlaß sein würde, wieder wie im Jahre 1920 die Verträge fristlos zu kündigen. Hierauf wurde von den Ärztevertretern die Zusicherung gegeben, daß dies nicht der Fall sein werde („Ortskrankenkasse" v. 1. 12. 21, Sp. 700). Es ist also nicht erlaubt, an der Ehrlichkeit dieser Zusicherung zu zweifeln, und wir müssen es als einen bedauerlichen Zufall ansehen, daß die Ärzte sich zur Lossagung von früheren Vereinbarungen gerade zu der Zeit entschlossen haben, in der eine Gesetzesänderung über eine neue, beträchtliche Erhöhung der Grundlöhne und der Versicherungsgrenze greifbare Gestalt annahm. Und ein Zufall ist es wohl auch, daß das Verhalten des Leipziger Verbandes zeitlich zusammentrifft mit dem von uns im Heft 1 S. 11 mitgeteilten Urteile des Leipziger höchsten Gerichtshofes, aus dem die Ärzte freilich eine Ermunterung zur einseitigen Lossagung von übernommenen Vertragspflichten entnehmen könnten. Und es ist endlich nur ein Zufall, daß die Ärzte sich zu solcher Lossagung zu einer Zeit entschlossen haben, in der der Ablauf zahlreicher Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten (Ende 1921) bevorstand, so daß die Ärzte, wenn jene Lossagung Geltung beanspruchen könnte, bei den Verhandlungen über neue Verträge an die Tarifvereinbarungen nicht gebunden wären.

Anderseits ist gerade zur rechten Zeit der nachstehende Referenten-Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten bekannt geworden. Hierüber äußert sich in sehr beachtenswerten Ausführungen das geschäftsführende Vorstandsmitglied des Betriebskrankenkassenverbandes, Herr Heinemann („Betriebskrankenkasse" 1921 S. 248 ff.). Wir teilen daraus nur die Schlußbemerkungen mit, aus denen sich ergibt, daß und wie bei der gesetzlichen Regelung das frühere und das neuerliche Verhalten der Ärzte auf die gesetzliche Gestaltung ihrer Beziehungen zu den Kassen wird einwirken müssen. Herr Heinemann schreibt: „Die Vertreter der Krankenkassenverbände haben bei den Beratungen dem Inhalt des Entwurfes zugestimmt, insbesondere der Errichtung von Einigungs- und Schiedsinstanzen nach dem Muster des allgemeinen Einigungsabkommens (Berliner Abkommen). Nach den letzten Vorgängen zwischen den Krankenkassen und Ärzten werden die Kassen andere Saiten aufziehen und eine Regelung ihres Verhältnisses zu den Ärzten fordern müssen, die sie vor Bedrohungen des Ärzteverbandes und vor Vertragsbruch in ganz anderer Weise schützen, als dies in dem vorliegenden Entwurf vorgesehen ist. Obgleich die Beziehungen zwischen Krankenkassen und

Ärzten durch das Berliner Abkommen und durch die auf Grund dieses Abkommens getroffenen Vereinbarungen in einer Weise geordnet sind, die offenen Streit, Vertragsbruch, vertraglosen Zustand und Streik ausschließt, stehen die Krankenkassen sehr wahrscheinlich wiederum vor einem vertraglosen Zustand. Die Erhöhung des Grundlohnes und die Heraufsetzung der Versicherungsgrenze werden dem Anscheine nach wiederum zum Vorwand genommen, um die ärztlichen Forderungen den Krankenkassen aufzuzwingen und höhere als durch die Verhältnisse und die Teuerung bedingte Vergütungen herauszuschlagen. Gegenüber einem Vertragsgegner, der sich aus Anlaß eines Schiedsspruchs von allen Vereinbarungen einfach lossagt, müssen schärfere Bindungen im Gesetz verlangt werden. Vor allen Dingen scheint es notwendig zu sein, nunmehr an die Kernfrage des Kassenarztproblems heranzugehen und die ärztliche Behandlung für die Krankenkassen sicherzustellen. Dies hätte zu geschehen in der Weise, daß der Gesetzgeber die Einführung des beamteten Arzttums bei den Krankenkassen in einem Umfange vorschreibt, daß auch im Falle eines vertraglosen Zustandes oder eines Ärztestreiks die ärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Familienangehörigen gewährleistet erscheint. Von dem Nebeneinanderbestehen der Tätigkeit beamteter Ärzte und der auf Grund von Verträgen wirkenden freien Ärzte, von diesem Wettbewerb ist auch eine Besserung der ärztlichen Behandlung der Kassenmitglieder zu erhoffen, über die so sehr geklagt wird. Der Forderung der Ärzte auf zwangsweise Einführung der freien Arztwahl bei den Krankenkassen muß die Forderung der Kassen gegenübergestellt werden: Sicherung der den Kassen auferlegten Behandlungspflicht durch ein beamtetes Arzttum und durch Errichtung von Behandlungsstellen. Anders können die Krankenkassen die großen Aufgaben nicht erfüllen, die ihnen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege vom Gesetzgeber übertragen sind!"

Zur gesetzlichen Regelung des Verhältnisses zwischen Krankenkassen und Ärzten

liegt folgender im Reichsarbeitsministerium ausgearbeiteter vorläufiger Referenten-Entwurf vor:

An die Stelle der §§ 368 bis 373 der RVO. treten die nachstehenden Vorschriften:

§ 368: Die Bedingungen für die Durchführung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen werden zwischen den Krankenkassen und den Ärzten oder ihren beiderseitigen Organisationen vereinbart.

§ 369: Zur Sicherung gleichmäßiger und angemessener Vereinbarungen stellt der Reichsausschuß für das Kassenarztwesen in Berlin Richtlinien auf.

Diese Richtlinien können sich namentlich erstrecken auf:

die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Krankenkassen,
den allgemeinen Inhalt der Arztverträge,
die Vergütungen für die ärztlichen Leistungen,
die Bedingungen, unter denen die Ärzte auch die im Bezirk ihrer Kasse wohnenden Mitglieder und Familienangehörigen der Mitglieder einer auswärtigen Kasse zu behandeln haben,
die Einrichtungen, die zur Sicherung der Kasse gegen eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme von Arzt, Arznei, Heil- und Stärkungsmitteln erforderlich sind,
die Maßnahmen zur Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte,
die Errichtung von Schlichtungsstellen für Meinungsverschiedenheiten aus den Verträgen,
das Zusammenarbeiten der Organe der Krankenkassen und der Ärzte für eine sachgemäße Durchführung der Krankenversicherung,
die Errichtung von Ausschüssen für die vorbezeichneten Aufgaben.

Die Richtlinien können sich ferner darauf erstrecken, wie durch den Nachweis freier Kassenarztstellen und Warnung vor Zuzug an überfüllte Plätze auf eine geeignete Verteilung der Kassenärzte über das Reichsgebiet hingewirkt werden kann.

Dem Reichsausschuß steht die Auslegung und Änderung dieser Richtlinien zu.

§ 369a: Der Reichsausschuß besteht aus 12 Mitgliedern, 2 davon werden als beamtete Mitglieder vom Reichsarbeitsminister ernannt und mit der Führung des Vorsitzes und der Stellvertretung darin beauftragt. Die übrigen 10 werden als Mitglieder im Ehrenamt je zur Hälfte von den am allgemeinen Einigungsabkommen (Berliner Abkommen) vom 23. 12. 13 beteiligten Hauptverbänden der Ärzte und der Krankenkassen gewählt. Für die ehrenamtlichen Mitglieder sind Stellvertreter in der erforderlichen Zahl zu wählen.

Im Falle des Bedarfs kann der Reichsarbeitsminister Vertreter anderer Verbände der Krankenkassen und Ärzte mit beratender Stimme zuziehen.

§ 370: Jedes Versicherungsamt führt ein Arztverzeichnis. In dieses sind die Ärzte des Bezirks, ohne Rücksicht auf ihre Zugehörigkeit zu einer Organisation, einzutragen, die sich zur Übernahme der ärztlichen Behandlung bei den Krankenkassen unter den nach § 371b vereinbarten Bedingungen bereit erklären. Voraussetzung ist, daß sie in Deutschland approbiert sind und sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befinden. Nur die eingetragenen Ärzte können zur Behandlung bei den Krankenkassen zugelassen werden.

Soweit nicht bei der einzelnen Kasse alle eingetragenen Ärzte, die im Bezirk oder im Bereich der Kasse wohnen, nach den bestehenden Vereinbarungen zuzulassen sind (unbeschränkte Zulassung), geschieht die Zulassung (beschränkte Zulassung) durch den Zulassungsausschuß nach Regeln, die vorher mit Zustimmung des Oberversicherungsamts vereinbart worden sind.

Der Zulassungsausschuß besteht aus einer gleichen Zahl von Vertretern der Krankenkassen und der eingetragenen Ärzte des Bezirks.

Wo beschränkte Zulassung besteht, haben die Krankenkasse und die beteiligten Ärzte wegen der Ärzte, die bei der Kasse zugelassen werden sollen, ein Vorschlagsrecht und, soweit der Zulassungsausschuß ihrem Vorschlag nicht zustimmt, das Recht der Beschwerde an das Schiedsamt (§ 371 d). Dieses entscheidet endgültig.

§ 371: Die Beziehungen zwischen den einzelnen Krankenkassen und den bei ihnen zugelassenen Ärzten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt.

Geschieht die Regelung durch einen Vertrag zwischen einer Kasse oder einem Kassenverband und einer ärztlichen Organisation, so kann die Kasse oder der Kassenverband von jedem beteiligten Arzt eine schriftliche Beitrittserklärung zu dem Vertrage verlangen.

§ 371 a: Zur Herbeiführung angemessener Verträge zwischen den Krankenkassen und Ärzten ist im Bezirk jedes Versicherungsamts ein Vertragsaus-

schuß zu errichten. Er besteht aus 6 Mitgliedern, die je zur Hälfte von den Krankenkassen des Bezirks und von den bei ihnen zugelassenen Ärzten gewählt werden.

§ 371 b: Soweit die Beteiligten nicht dem Vertragsausschuß selbst die Aufstellung des Vertrages überlassen, haben sie ihm den von ihnen vereinbarten Entwurf vorzulegen. Der Vertragsausschuß stellt den Wortlaut des Vertrages fest.

Kommt im Vertragsausschuß keine Einigung zustande oder einigen sich die Parteien nicht auf der vom Vertragsausschuß vorgeschlagenen Grundlage, so entscheidet auf Anruf einer oder beider Vertragsparteien über die streitigen Punkte das Schiedsamt (§ 371 d).

§ 371 c: Im Einvernehmen mit dem Reichsausschuß erläßt der Reichsarbeitsminister die erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu den §§ 369 bis 371 b, namentlich über die Führung des Arztverzeichnisses, über die Bildung und Tätigkeit des Zulassungsausschusses und über das gegen seine Entscheidung gegebene Rechtsmittel, über die Bildung und Tätigkeit der Vertragsausschüsse und über den Geschäftsgang beim Reichsausschuß.

§ 371 d: Für den Bezirk jedes Oberversicherungsamts wird bei diesem ein Schiedsamt gebildet. Es besteht aus dem Vorsitzenden des Oberversicherungsamts oder seinem Stellvertreter als Vorsitzenden und 4 Mitgliedern im Ehrenamte, die je zur Hälfte von den Krankenkassen des Bezirks und von den bei ihnen zugelassenen Ärzten auf 5 Jahre nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt werden. Für die ehrenamtlichen Mitglieder sind Stellvertreter in der erforderlichen Zahl zu wählen.

Das Schiedsamt ist zur Entscheidung bei Streit über den Abschluß eines Arztvertrages (§ 371 b) berufen.

Das Schiedsamt hat seinen Entscheidungen die Richtlinien des Reichsausschusses zugrunde zu legen, soweit die Parteien nicht wichtige Gründe dagegen geltend machen.

§ 371 e: Bei dem Reichsversicherungsamt wird ein Reichsschiedsamt gebildet. Es besteht aus dem Präsidenten des Reichsversicherungsamts oder einem von ihm bestimmten Direktor oder Senatspräsidenten dieses Amts als Vorsitzenden, 2 weiteren unparteiischen Mitgliedern, die der genannte Präsident ebenfalls bestellt und von denen eines die Stellvertretung im Vorsitz führt, sowie 6 Mitgliedern im Ehrenamt, die je zur Hälfte von den am Abkommen vom 23. 12. 13. beteiligten Hauptverbänden der Ärzte und der Krankenkassen gewählt werden. In gleicher Weise sind Stellvertreter in der erforderlichen Anzahl zu bestellen.

Die Verteilung der von den Verbänden zu ernennenden Beisitzer und Stellvertreter auf diese Verbände geschieht, falls sie sich nicht untereinander einigen, durch den Präsidenten des Reichsversicherungsamts.

Der Reichsarbeitsminister kann im Bedarfsfalle die Errichtung mehrerer Senate des Reichsschiedsamts anordnen, die in der gleichen Weise zusammenzusetzen sind.

§ 371 f: Das Reichsschiedsamt ist zuständig zur Entscheidung über Berufungen gegen Entscheidungen der Schiedsämter, die auf Grund des § 371 d von den Schiedsämtern getroffen werden.

Die Berufung ist binnen 1 Monat nach ihrer Zustellung bei dem Reichsschiedsamt einzulegen.

Die Berufung ist zulässig, wenn das Verfahren an wesentlichen Mängeln leidet oder es sich handelt um

1. die Änderung der bei einer Kasse bestehenden Art der Arztzulassung (§ 370) oder um die Einführung einer bestimmten Zulassung bei einer neuen Kasse,
2. Erhöhung oder Ermäßigung der Gesamtaufwendungen für die Ärzte um mehr als 30 v. H. gegenüber den bisherigen Aufwendungen; der Reichsarbeitsminister kann in Übereinstimmung mit dem Reichsausschuß den Satz von 30 v. H. erhöhen oder herabsetzen,
3. Festsetzung von Vergütungen, die von grundsätzlicher Bedeutung ist; ob ein grundsätzlicher Fall vorliegt, wird durch Beschluß der 3 unparteiischen Mitglieder des Reichsschiedsamts entschieden.

Die Vorschrift des § 371 d Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 371 g: Den Geschäftsgang und das Verfahren sowie die Tragung der Kosten bei den Schiedsämtern und bei dem Reichsschiedsamt regelt das Reichsversicherungsamt.

§ 371 h: Die endgültigen Entscheidungen des Schiedsamts und Reichsschiedsamts sind für beide Teile bindend. Die Aufsichtsbehörde hat die Kasse nötigenfalls zu ihrer Befolgung anzuhalten.

Weigert sich ein Arzt, der sich ins Arztverzeichnis eintragen ließ und zur Kassenpraxis zugelassen wurde, den Vertrag mit der Kasse gemäß der endgültigen Entscheidung zu schließen oder bricht er ihn, so haftet er der Kasse für den Schaden, der ihr durch sein Verhalten entsteht. Das Schiedsamt kann ihn außerdem auf Antrag der Kasse für eine Dauer bis zu 5 Jahren von der Zulassung bei Krankenkassen ausschließen.

§ 371 i: Die oberste Verwaltungsbehörde kann die Bezirke für die Führung des Arztverzeichnisses (§ 370), für den Vertragsausschuß (§ 371 a) und für das Schiedsamt (§ 371 d) nach Bedarf anderweit festsetzen.

§ 371 k: In den Ländern, für deren Gebiet beim Inkrafttreten dieses Gesetzes zwischen den größeren Verbänden von Ärzten und Krankenkassen bereits Vereinbarungen über die Bedingungen der Durchführung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen bestehen, bleiben sie erhalten.

In Fällen dieser Art gelten die §§ 368 bis 371 i nicht; die §§ 371 l, 371 m gelten entsprechend.

§ 371 l: Kommt infolge des Verhaltens der Ärzte keine Entscheidung des Schiedsamts oder Reichsschiedsamts zustande oder weigern sich die Ärzte, den Vertrag auf Grund der Entscheidung der genannten Stellen abzuschließen oder halten sie den geschlossenen Vertrag nicht ein und wird hierdurch die ärztliche Versorgung bei der Kasse ernstlich gefährdet, so kann der Kassenvorstand beschließen, allgemein oder für bestimmte Teile des Kassenbereichs statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine Barleistung zu gewähren. Die Grundsätze für deren Bemessung bestimmt der Reichsarbeitsminister.

Ein Rechtsanspruch auf diese Barleistungen besteht nur, soweit die Kasse die Sachleistung nicht gewährt.

Die Kasse hat den nach Abs. 1 gefaßten Beschluß sofort dem Schiedsamt anzuzeigen. Dieses kann ihn außer Kraft setzen, sobald seine Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

§ 371 m: Das Oberversicherungsamt kann bestimmen, wie der Zustand dessen, der die Leistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen werden darf. Solange eine

solche Bestimmung nicht getroffen ist, kann der Kassenvorstand hierüber bestimmen.

Die Kasse kann die Leistungen solange einstellen oder zurückbehalten, bis ein ausreichender Nachweis erbracht ist.

Die Leistungspflicht der Kasse erlischt, wenn binnen 1 Jahre nach Fälligkeit des Anspruchs kein ausreichender Nachweis erbracht ist.

Die Kasse wird diejenigen, denen sie ärztliche Behandlung zu gewähren hat, in ein Krankenhaus verweisen, auch wenn die Voraussetzungen des § 184 Abs. 3 der RVO. nicht vorliegen.

§ 372: Soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet, soll sie auch bei beschränkter Zulassung (§ 370 Abs. 2) den Versicherten und deren Familienmitgliedern die Auswahl zwischen mehreren, mindestens aber 2 Ärzten freilassen. Wenn der Versicherte die Mehrkosten selbst übernimmt, steht ihm die Auswahl unter allen bei der Kasse zugelassenen Ärzten frei.

Die Satzung kann bestimmen, daß der Behandelte während desselben Versicherungsfalles oder Geschäftsjahres den Arzt nur mit Zustimmung des Vorstandes wechseln darf.

Die Bezahlung eines bei ihr nicht zugelassenen Arztes kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen.

§ 372 a: Wortlaut des jetzigen § 372 RVO.
§ 372 b: Wortlaut des jetzigen § 373 RVO.
§ 373: Wortlaut des jetzigen § 371 RVO.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Aufbewahrung der Kassenbücher bei Krankenkassen.

1. **Nach Wismar.** Antwort: Nach der Bekanntmachung vom 26. 5. 16 (ArbVers. 1916 S. 471) waren die Kranken- und anderen Kassenbücher mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Wenn diese Aufbewahrungsfrist jetzt durch die Bekanntmachung vom 18. 10. 21 (ArbVers. S. 647) auf fünfzehn Jahre verlängert ist, so ist davon auszugehen, daß ein inzwischen erkanntes Ordnungs- und Aufsichtsinteresse eine längere Aufbewahrung der Bücher fordert. Die neue Anordnung ist daher auch auf die noch nicht vernichteten abgeschlossenen Bücher früherer Jahrgänge zu beziehen.

a) Fortbestehen der Pflichtmitgliedschaft Schwangerer, welche vor der Niederkunft die Arbeit einstellen. b) Eigene Leistungspflicht der Gemeinde, wenn sie die Anmeldung Erwerbsloser zur Krankenversicherung versäumt.

2. **Nach Heilsberg.** Antwort: a) Wenn weibliche Versicherte einige Wochen vor der Niederkunft aus der Arbeit austreten und vom Arbeitgeber nicht abgemeldet werden, „weil sie in der Regel nach der Niederkunft wieder eintreten", so wird man der Regel nach annehmen können, daß beide Teile über die Aufrechterhaltung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses einig sind. Diese Annahme kann durch andere Umstände noch verstärkt werden, z. B. wenn die Arbeitspapiere, Quittungskarten usw. bei dem Arbeitgeber verbleiben. In Fällen dieser Art ist das Beschäftigungsverhältnis auch während des Aussetzens der Arbeit als ein entgeltliches anzusehen, weil damit gerechnet wird, daß demnächst wieder eine Lohnzahlung erfolgt, die der Versicherten die Erfüllung der Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglichen wird (zu vgl. Hahn, Anm. 21 zu § 165 RVO. und Entsch. des RVA. in ArbVers. 1920 S. 169, 267). Es bleibt also die Pflichtmitgliedschaft bestehen, und es bedarf daher nicht der freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 Abs. 1 oder 2 RVO. Die Kasse muß die Beiträge, die sie auf Grund des § 397 Abs. 1 forterheben zu müssen glaubte, als regelmäßige Pflichtbeiträge verrechnen und sie muß, wenn die Niederkunft während der (nach vorstehendem) fortdauernden Pflichtmitgliedschaft erfolgt, Wochenhilfe nach § 195a RVO. gewähren.

b) Die Gemeinde hat Erwerbslose nach näherer Vorschrift des § 12a Abs. 1 Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge binnen zwei Wochen vom Beginn der Unterstützung zur Krankenversicherung anzumelden und, wenn sie dies „versäumt" und der Erwerbslose dadurch den Anspruch auf Krankenhilfe verliert, ihm nach Abs. 2 a. a. O. Krankenhilfe zu gewähren. Von Versäumnis der Gemeinde kann aber keine Rede sein, wenn sie von den Voraussetzungen des Anspruchs auf Erwerbslosenfürsorge keine Kenntnis hatte, insbesondere wenn der Erwerbslose Unterstützung gar nicht in Anspruch genommen hatte. Überdies hat die Gemeinde gegebenenfalls nur eben „Krankenhilfe", also in keinem Falle Wochenhilfe zu gewähren.

Zum Begriffe des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses.

3. **Nach S.** Frage: Ein Arbeiter verpflichtet sich, für einen anderen eine Fläche Land urbar zu machen (Stubben auszuroden), und erhält als Gegenleistung bar Geld und die Stubben. Ein Termin für die Vollendung der Arbeit ist nicht festgesetzt. Es ist dem Arbeiter freigestellt, wann und wieviel er arbeitet, er kann sich auch auf seine Kosten fremde Hilfe nehmen, was aber nicht geschehen ist. Die bare Entschädigung erhält der Arbeiter erst nach Vollendung der Urbarmachung. Einen Vorschuß, seiner geleisteten Arbeit entsprechend, hat er jedoch bereits erhalten.

Antwort: Der Fall liegt schwierig und die Entscheidung wird, wie sie auch ausfallen möge, nicht ganz zweifelsfrei bleiben. Es ist ein berufsmäßiger „Arbeiter", der hier gegenüber einem Landbesitzer die Pflicht zu Dienstleistungen gegen Entgelt übernommen hat. Das würde an sich die Annahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. nahe legen. Aber die ihm gelassene weitgehende Freiheit eigener Entschließungen hinsicht-

lich der Ausführung der übernommenen Arbeit entziehen den Dienstpflichtigen doch in solchem Maße den Anweisungen und der Aufsicht des Dienstberechtigten, daß man wohl sagen kann, daß der Mann, der nach seiner sozialen Stellung und nach seinem Hauptberuf allerdings zur Gruppe der Arbeiter im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 gehört, in diesem besonderen Falle Dienste leistet, ohne sich in jene persönliche und wirtschaftliche Abhängigkeit von dem Dienstberechtigten, die das Merkmal eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses ist, zu begeben. Daß der Entgelt nicht je nach dem Maße der aufgewendeten Arbeitszeit, sondern in einem bestimmten Betrage für das Endergebnis — für „Herstellung des versprochenen Werkes" (§ 631 BGB.) — bemessen ist, ist zwar nicht von entscheidender Bedeutung für die Frage der Versicherungspflicht, unterstützt aber immerhin die Auffassung, daß der berufsmäßige Arbeiter in diesem Falle dem Besteller des Werks selbständig gegenübersteht. Es kommt noch hinzu, daß es bei gegenteiliger Auffassung an der Möglichkeit fehlen würde, auch nur mit annähernder Sicherheit einen durchschnittlichen Tagesentgelt oder den auf einen Tag entfallenden wirklichen Arbeitsverdienst als Grundlage für die Bemessung der baren Kassenleistungen und der Beiträge festzustellen (§ 180 RVO.). Wir verneinen daher die Versicherungspflicht.

Die Krankenkasse ist nicht Partei bei Streit über Wochenfürsorge.

4. **Nach C.** Antwort: Nach der neuen Fassung des Wochenhilfegesetzes (v. 29. 7. 21) hat bei der Wochenfürsorge die Krankenkasse nur die Auszahlung auf Anweisung des Versicherungsamts zu bewirken. Dieses hat die erforderlichen Feststellungen vorzunehmen und über den Antrag zu entscheiden (§§ 18, 23). Der Kasse kommt in diesem Verfahren eine Parteistellung nicht zu. Es ist daher verfehlt, wenn das Oberversicherungsamt, das über die Beschwerde gegen die ablehnende Entscheidung des Versicherungsamts zu befinden hat, die Beschwerdeschrift der Kasse zur Gegenerklärung mitteilt. Die Kasse kann diese Aufforderung und die ihr gestellte Frist einfach unbeachtet lassen.

Stellvertreter des Vorsitzenden des Vorstandes bei den Ortskrankenkassen.

5. **Nach B.** Antwort: Für die Wahl der Stellvertreter des Vorsitzenden des Kassenvorstandes ist jetzt § 328 RVO. in der Fassung der Verordnung vom 5. 2. 19 (ArbVers. 1919 S. 126) maßgebend. Danach wählen die Vorstandsmitglieder der Ortskrankenkasse aus ihrer Mitte in ungetrennter Wahlhandlung einen oder mehrere Stellvertreter. Die Zahl ist nach § 321 Ziff. 4 RVO. durch die Satzung zu bestimmen. Dagegen ist nicht vorgeschrieben, daß der Stellvertreter, wenn der Vorsitzende ein Arbeitnehmer ist, ein Arbeitgeber und umgekehrt, wenn der Vorsitzende ein Arbeitgeber ist, ein Arbeitnehmer sein muß.

Wochenfürsorge, wenn Mutter und Kind bei der Entbindung sterben.

6. **Nach Ahrweiler.** Antwort: Die Bemerkung von Hoffmann (Ges. über Wochenhilfe usw. S. 19), daß der Anspruch auf Wochengeld seinem ganzen Umfange nach bei der Niederkunft entsteht und daß er nach dem Gesetze v. 29. 7. 21 mit dem Tode der Wöchnerin nicht mehr wegfällt (§ 195a Abs. 4 RVO.), ist richtig und gilt auch für die Wochenfürsorge (§ 19 des Ges.); aber Sie fassen diese Bemerkung falsch auf, wenn Sie daraus herleiten, daß das Wochengeld bis zum satzungsmäßigen Ende der Bezugszeit auch dann zu gewähren sei, wenn Mutter und Kind bei der Entbindung sterben. Denn ein Anspruch auf Wochengeld kann selbstverständlich nur entstehen und fortbestehen, wenn und solange die allgemeinen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Diese allgemeinen Voraussetzungen sind, daß entweder die Mutter lebt oder daß, wenn sie vor Ablauf der Unterstützungsdauer stirbt, jemand für den Unterhalt des Kindes sorgt (§ 195a Abs. 4 RVO.). Sind aber Mutter und Kind bei der Entbindung gestorben, so fehlt es von vornherein an der Voraussetzung für einen Anspruch auf Wochengeld. Mit Recht hat daher das Versicherungsamt nur den Entbindungskostenbeitrag angewiesen.

Kein Anspruch auf Ersatz aus § 197 RVO. für Mehrleistungen.

7. **Nach Bochum.** Antwort: Es ist richtig, daß erstattungspflichtig nur die Regelleistungen, nicht auch die Mehrleistungen sind. Das ergibt sich, wie Sie zutreffend bemerken, daraus, daß § 195b in § 197 nicht erwähnt wird. In diesem Sinne haben wir auch eine Auskunft in der ArbVers. 1920 S. 540 Ziff. 11 erteilt. Bei Beantwortung der Anfrage in Arb.-Vers. 1921 S. 337 Ziff. 1 ist versehentlich unbeachtet geblieben, daß — wie nur nebenbei bemerkt war — in den Aufwendungen der Ersatz fordernden Kasse auch Mehrleistungen enthalten sind. Ihr Betrag war nicht angegeben. Dieser Betrag aber hätte bei der Berechnung des zu leistenden Ersatzes erst abgesetzt werden müssen. Insoweit ist unsere Auskunft zu berichtigen.

Zum Begriffe des mißglückten Arbeitsversuchs.

8. **Nach Euskirchen.** Antwort: Ein mißglückter Arbeitsversuch liegt nur vor bei völliger Arbeitsunfähigkeit, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung entgegenstand (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 22 zu § 165 und die dort angeführten Entscheidungen). Wenn der Arzt den Kranken „versuchsweise" für arbeitsfähig erklärt und dieser daraufhin in einem neuen Arbeitsverhältnisse fünf Tage hindurch Arbeit von wirtschaftlichem Belange gegen Entgelt verrichtet hat, so kann man nicht sagen, daß der Versuch mißglückt ist, weil der Versicherte dann einen Rückfall erlitt. Denn der Versuch hat zwar keine völlige und namentlich keine dauernde Arbeitsfähigkeit, aber anderseits auch keine völlige Arbeitsunfähigkeit ergeben.

Kosten für die Abholung von Heilmitteln aus der Apotheke.

9. **Nach R.** Frage: Der Vater eines Mitgliedes verlangt von der Kasse Erstattung von 75 M. Unkosten für das Holen der vom behandelnden Arzte an 6 verschiedenen Tagen verordneten Arznei aus der 11 Kilometer vom Wohnort entfernt liegenden Apotheke. Sind wir zur Bezahlung dieser Unkosten verpflichtet?

Antwort: Der Versicherte hat, wenn er nach der Art seiner Krankheit und ohne wesentliche wirtschaftliche Einbuße (zu vgl. ArbVers. 1911 S. 144) dazu imstande ist, den Arzt aufzusuchen und die Heilmittel abzuholen oder abholen zu lassen, da die Leistungspflicht der Kasse sich auf das Notwendige beschränkt (zu vgl. Hahn, Anm. 10b zu § 182 RVO.).

Bei einer Entfernung von 11 Kilometern war aber weder dem Kranken die Abholung möglich, noch anzunehmen, daß ein Familienglied ohne wesentliche wirtschaftliche Einbuße das Heilmittel abholen könne. Die Kosten der Herbeischaffung muß in solchen Fällen die Kasse tragen. Auch von dem Vater des Versicherten konnte nach den Umständen die unentgeltliche Leistung dieses Dienstes nicht erwartet werden. Er hat daher gegen die leistungspflichtige Kasse Anspruch auf angemessene Vergütung (§ 612 BGB.).

Kosten der Überführung eines Versicherten in die Irrenanstalt.

10. **Nach Schneidemühl.** Antwort: Wir nehmen an, daß der Magistrat, als Vertreter des Armenverbandes, den Anspruch auf Bezahlung der Kosten erhebt, die durch die Überführung des Versicherten in die Irrenanstalt entstanden sind. Dem Armenverband aber steht nur ein Ersatzanspruch nach §§ 1501 ff. RVO. zu. Darüber hinaus kann der Magistrat den Anspruch auf Ersatz der Überführungskosten auch nicht aus angeblicher Geschäftsführung ohne Auftrag herleiten, weil die Kasse zur Gewährung von Krankenhauspflege nach § 184 RVO. nur berechtigt, nicht aber verpflichtet ist und weil daher auch der Magistrat nicht behaupten kann, daß er durch die Überführung des Kranken in das Irrenhaus eine der Kasse obliegende Pflicht erfüllt habe (§ 679 BGB.). Das würde übrigens auch gelten, wenn der Magistrat den Anspruch in seiner Eigenschaft als Polizeiverwalter erheben sollte (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in ArbVers. 1918 S. 227, 369).

Zwangsvollstreckung auf Grund einer Entscheidung des Versicherungsamts.

11. **Nach Oeynhausen.** Frage: Ein Versicherter wurde vom Versicherungsamt zur Zurückzahlung von 315 ℳ zu Unrecht empfangenen Krankengelds verurteilt. Das Urteil ist vom Oberversicherungsamt bestätigt. Der Gerichtsvollzieher lehnt die Beitreibung ab, da die Urteile keine vollstreckbaren Schuldtitel bedeuten. Muß nochmals Klage beim ordentlichen Gericht erhoben werden, um ein vollstreckbares Urteil zu erlangen?

Antwort: Nein! Das bestätigte Urteil des Versicherungsamts ist kraft Gesetzes vollstreckbar (zu vgl. Entsch. d. RVA. 1351 in ArbVers. 1915 S. 348 ff., insbes. S. 350). Die Kasse muß sich an das Versicherungsamt wenden mit dem Antrage, die Vollstreckbarkeit des Urteils zu bescheinigen und das zuständige Amtsgericht im Wege der Rechtshilfe nach § 115 RVO. um Beauftragung eines Gerichtsvollziehers mit der Beitreibung des Schuldbetrages zu ersuchen.

Fortbezug des Lohnes bei vorübergehender Dienstbehinderung (§ 616 BGB.).

12. **Nach Dohna.** Antwort: Wer durch die Notwendigkeit, den Arzt aufzusuchen, ohne eigene Schuld an der Dienstleistung behindert ist, hat nach § 616 BGB. gleichwohl Anspruch auf den Lohn für die versäumte Arbeitszeit; denn diese Zeit ist immer eine „verhältnismäßig nicht erhebliche" im Sinne des § 616. Dabei ist selbstverständlich vorausgesetzt, daß der Kranke sich der Dienstleistung nicht länger entzogen hat, als es zu dem bezeichneten Zwecke notwendig war. Hat er beispielsweise den ganzen Arbeitstag versäumt, während durch jenen Zweck nur etwa eine Versäumnis von zwei Arbeitsstunden bedingt war, so kann er nur den auf diese zwei Stunden entfallenden Lohn beanspruchen. Im übrigen macht es keinen Unterschied, ob er Wochen- oder Monatslohn oder aber Stundenlohn bezieht. Auch bei Akkordlöhnung (Stücklohnzahlung) ist § 616 nach seiner uneingeschränkten Fassung anwendbar. In diesem Falle muß der auf die versäumte Zeit entfallende Lohnteil nach einer Durchschnittsberechnung ermittelt werden.

Ersatzpflicht der Krankenkasse für ein Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt.

13. **Nach M. Gladbach.** Antwort: Die Auskunft im Jahrg. 1921 S. 658 Ziff. 1 besagt nicht, wie Sie unterstellen, daß die Kasse „für eine zahnärztliche Behandlung während eines Heilverfahrens außerhalb der Heilanstalt der Versicherungsanstalt besonderen Ersatz zu leisten hat" — was allerdings mit § 1518 Abs. 2 RVO. in Widerspruch stehen würde; sondern die Auskunft besagt, daß die Kasse, im Falle einer solchen zahnärztlichen Behandlung durch die Versicherungsanstalt, dieser „in denselben Grenzen", nämlich soweit die Gewährung außerhalb der Heilanstalt Pflichtsache der Kasse wäre, Ersatz zu leisten hat — wobei ausdrücklich auf Abs. 2 des § 1518 hingewiesen und somit hinreichend klar zum Ausdruck gelangt ist, daß der Ersatz in dem Krankengelde besteht, auf das der Versicherte etwa Anspruch hätte. Ein solcher Anspruch setzt selbstverständlich Arbeitsunfähigkeit voraus (§ 182 Ziff. 2 RVO.).

Bemessung der Hilflosenrente (§ 560 RVO.).

14. **Nach Essen.** Antwort: Solange der Verletzte infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, ist die Rente entsprechend, jedoch höchstens bis zum vollen Jahresarbeitsverdienste zu erhöhen (§ 560 RVO). Die Vollrente, die der Verletzte im vorliegenden Falle bezieht, beträgt 66⅔ % des Jahresarbeitsverdienstes. Daraus ergibt sich für die Erhöhung dieser Rente ein Spielraum von 33⅓ % des Jahresarbeitsverdienstes. Eine „entsprechende" Erhöhung innerhalb dieser Grenze ist eine solche, die dem Maße der Hilflosigkeit, also dem Maße des unabweislichen Bedürfnisses fremder Wartung und Pflege entspricht. Hierüber haben die zur Entscheidung berufenen Instanzen, unter Berücksichtigung des Zustandes des Verletzten, nach freiem pflichtmäßigen Ermessen zu befinden. Die Schätzung des Arztes, daß der Verletzte „noch zu 75 % von der Hilfe anderer Menschen abhängig sei", ist für die Instanzen nicht bindend. Erscheint sie aber nach den Umständen überzeugend, so würde daraus zu folgern sein, daß, weil völlige Hilflosigkeit eine Erhöhung um 33⅓ % rechtfertigen würde, im vorliegenden Falle die Rente um ¾ von 33⅓ % = 25 % des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen ist, so daß die Rente im ganzen 66⅔ + 25 = 91⅔ % betragen würde.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1341 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. Januar 1922 | Heft 3

Zum Gesetze v. 28. 12. 21 über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

Das bezeichnete Gesetz (RGBl. 1922 S. 5, ArbVers. 1922 S. 39) enthält vor allem wichtige Änderungen der Verordnung vom 30. 4. 20 (RGBl. S. 761, ArbVers. S. 287). Die Anordnung der Vorschriften ist folgerichtiger, insofern das neue Gesetz sich an die Systematik der RVO. und deren Paragraphenfolge anschließt. Zwischen die Abschnitte I und III des neuen Gesetzes („Versicherungspflicht" und „Grundlohn") sind unter II Vorschriften über die „Versicherungsberechtigung" eingeschoben, die in jener Verordnung ganz übergangen war. Hauptgegenstand der Neuerungen ist die Erweiterung der Grenze für die Versicherungspflicht und für die Versicherungsberechtigung sowie die Heraufsetzung der Grundlöhne im Hinblick auf die weiter fortgeschrittene Geldentwertung und die entsprechend gestiegenen Löhne, zu denen die Bemessung der Barleistungen nach den bisherigen Grundlöhnen in einem nicht mehr haltbaren Mißverhältnisse stand. Wie unsere gesamten Lebensbedürfnisse, so ist eben auch das Kranksein, die Kranken- und Wochenhilfe und das Sterben teuer und immer teurer geworden; und wenn seit dem Kriege die Versicherungspflichtgrenze von 2500 auf 5000, dann auf 15 000 und jetzt auf 40 000 ℳ, also im ganzen bisher auf das Sechzehnfache erhöht worden ist, so ist das vielleicht eine ungefähr zutreffende Indexziffer für das Maß der Verteuerung unserer (überdies mühseliger und dornenvoller gewordenen) Lebensreise.

Zu den einzelnen Vorschriften des neuen Gesetzes sei erläuternd folgendes bemerkt:

§ 1a gibt — abgesehen von der Erweiterung der Grenze des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes auf 40 000 ℳ (Abs. 2) — genau den Wortlaut des § 165 RVO. in der ursprünglichen Fassung wieder, enthält aber gerade in dieser Wiederherstellung die Klärung eines durch einen Akt der Revolutionsregierung verdunkelten Punktes, nämlich hinsichtlich der Handlungslehrlinge und der Lehrlinge in Apotheken. Die Verordnung des Rats der Volksbeauftragten vom 22. 11. 18 (RGBl. S. 1321, ArbVers. S. 694) hatte im § 1 bestimmt: „Für den Fall der Krankheit werden bis auf weiteres nach den Vorschriften der RVO. versichert: . . ." Dann folgten unter Ziff. 1 bis 5 die im § 165 RVO. unter Ziff. 2 bis 5 und 7 aufgeführten Personengruppen, jedoch mit der Änderung, daß unter Ziff. 2 der Verordnung, die der Ziff. 3 des § 165 RVO. entsprach, die Handlungslehrlinge und die Lehrlinge in Apotheken nicht mitgenannt wurden. Die Gruppe der „Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten" (Ziff. 1 des § 165 RVO.) und die Haus-

gewerbetreibenden (Ziff. 6 des § 165 RVO.) waren ganz übergangen. Die Auslassung der letzteren entsprach der durch das Notgesetz vom 4. 8. 14 (RGBl. S. 337, ArbVers. S. 569) alsbald nach Ausbruch des Krieges geschaffenen Rechtslage; danach sind die Hausgewerbetreibenden zur Zeit überhaupt nicht versicherungspflichtig, soweit nicht ihre Versicherung durch Ortsstatut eingeführt und geregelt ist (zu vgl. unten zu § 11). Die Nichterwähnung jener ersten Gruppe aber, der „Arbeiter usw." konnte nach den Zwecken der Revolutionsgesetzgeber selbstverständlich nicht bedeuten, daß diese Gruppe, die doch vor allen anderen versicherungsbedürftig ist, aus der Versicherungspflicht herausfallen sollte. Vielmehr war der Sinn des § 1 der Verordnung vom 22. 11. 18 der, daß nur für die darin bezeichneten fünf Gruppen der anschließende Bedingungssatz gelten sollte: „wenn sie gegen Entgelt beschäftigt werden und ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst mehr als 2500 *M*, aber nicht mehr als 5000 *M* an Entgelt beträgt". Für die nicht erwähnten Personengruppen, also auch für die Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken, galt diese Bedingung nicht; sie fielen unter die Gesamtgruppe der nicht erwähnten „Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten" und waren — was vielfach verkannt wurde — ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsverdienstes versicherungspflichtig. Dies ist durch die in dem neuen Gesetze vollzogene wortgetreue Wiederherstellung des § 165 Abs. 1 RVO. in der ursprünglichen Fassung geändert: Die Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken sind, gleich den Gehilfen in diesen Betrieben, nur dann versicherungspflichtig, wenn — was wohl immer zutreffen wird — ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 40 000 *M* nicht übersteigt. Dabei, daß sie auch versicherungspflichtig sind, wenn sie nicht gegen Entgelt beschäftigt werden (Abs. 2 des § 165), ist es verblieben.

§ 1b des neuen Gesetzes bezieht sich auf Vorschriften der gewerblichen und der See-Unfallversicherung, wodurch die Fürsorgepflicht während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall für solche Verletzten, die nicht gegen Krankheit versichert sind, dem Unternehmer auferlegt ist (§§ 577, 1084 RVO). Soweit diese Vorschriften früher nur galten, wenn der Jahresarbeitsverdienst des Verletzten 2500 *M* nicht überstieg, tritt an die Stelle dieses Betrages jetzt gleichfalls der Betrag von 40 000 *M* (wie schon seit dem Gesetz vom 12. 4. 21, Art. XIV der Betrag von 15 000; RGBl. S. 467, ArbVers. S. 251).

§ 2 des neuen Gesetzes entspricht dem § 6 der im Eingang erwähnten Verordnung vom 30. 4. 20, nur mit der Berichtigung, daß das unzutreffende Wort „Einkommensgrenze" jetzt durch „Verdienstgrenze" ersetzt ist. Die Vorschrift gibt dem, der wegen Überschreitens dieser Grenze von 15 000 *M* aus seiner Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden ist, das Recht, binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 RVO. zu beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 1 versicherungspflichtig ist. Das Gesetz ist nach § 11 Satz 2 mit dem 1. 1. 22 in Kraft getreten. Die Frist zur Antragstellung würde also nach § 125 RVO. mit Ablauf des 12. 2. 22 endigen. Da aber dieser Tag ein Sonntag ist, endet die Antragsfrist nach § 127 RVO. erst mit Ablauf des 13. 2. 22. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift ist sie nicht nur auf solche Personen zu beziehen, die von ihrem Rechte der Weiterversicherung überhaupt keinen Gebrauch gemacht haben, sondern auch auf solche, die sich zunächst weiterversichert, dann aber durch zweimalige Beitragssäumnis nach § 314 Abs. 1 RVO. die Mitgliedschaft eingebüßt haben; denn auch sie sind „wegen Überschreitens der Verdienstgrenze", wenn auch nicht alsbald und auch nur infolge eines weiter hinzugekommenen Umstandes, aus der Kasse ausgeschieden, und sie waren in diesem Zeitpunkte noch ebenso wie beim Überschreiten der Verdienstgrenze

„zur Weiterversicherung berechtigt" (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 297 Ziff. 2b).

Abs. 3 des § 2 bringt eine notwendige Ergänzung der entsprechenden Vorschrift im § 6 Abs. 3 der Verordnung vom 30. 4. 20. Durch diese bereits war Ersatzkassenmitgliedern, die durch Erweiterung der Verdienstgrenze in einer knappschaftlichen Krankenkasse versicherungspflichtig wurden, das Recht gegeben, ihre Befreiung von dieser Versicherungspflicht zu beantragen. Man hatte aber übersehen, eine Frist für die Stellung des Antrags zu bestimmen, so daß der Antrag jederzeit noch für zulässig zu erachten war (zu vgl. Bescheid des RAMin. vom 5. 6. 20, ArbVers. 1921 S. 27). Jetzt ist eine Antragsfrist von sechs Wochen nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes vorgesehen. Auch diese Frist läuft nach dem Vorstehenden mit dem 13. 2. 22 ab. Die Fassung der Vorschrift ist übrigens recht unglücklich; zunächst schon, indem sie folgendermaßen anhebt: „Wer einer Ersatzkasse angehört und auf Grund der Vorschrift des § 1 in einer knappschaftlichen Krankenkasse versicherungspflichtig wird, weil sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 15 000 M. übersteigt. . . . ." Es wird aber kein Beschäftigter deshalb nach § 1 versicherungspflichtig, „weil" sein Verdienst jenen Betrag übersteigt, sondern er wird es, „obwohl" sein Verdienst 15 000 (aber nicht 40 000) M. übersteigt! In diesem Sinne wird man die krumme Ausdrucksweise des Gesetzes im Wege der Auslegung gerade biegen müssen. Aber weiter: was bedeutet es, daß ein solches Ersatzkassenmitglied von der Versicherungspflicht bei der knappschaftlichen Krankenkasse befreit werden „kann", wenn es den Antrag in der bezeichneten Frist stellt? Nach dem Wortlaute erscheint kaum eine andere Auslegung möglich, als bei anderen Kannvorschriften, nämlich dahin: daß es im pflichtmäßigen Ermessen der knappschaftlichen Krankenkasse steht, dem Antrage stattzugeben oder ihn abzulehnen. Wir werden uns aber wohl abgewöhnen müssen, bei der Auslegung neuer Gesetze im Gebiete der Sozialversicherung den Gesetzgeber beim Wort zu nehmen und an die Folgerichtigkeit seiner Ausdrucksweise zu glauben. In dem erwähnten Bescheide des RAMin. v. 5. 6. 20 ist zu dem — insoweit entsprechend gefaßten — § 6 Abs. 3 Vrdg. v. 30. 4. 20 ausgeführt: die Absicht sei offenbar dahin gegangen, Personen, die schon längere Zeit ohne Versicherungspflicht bei einer knappschaftlichen Krankenkasse Mitglieder einer Ersatzkasse gewesen sind, jetzt aber durch die Heraufsetzung der Verdienstgrenze der Versicherungspflicht neu unterstellt werden, der Notwendigkeit einer Doppelversicherung oder aber des Aufgebens ihrer aus der bisherigen Versicherung erworbenen Rechte zu entheben. Das erscheint allerdings einleuchtend, und danach wird man auch den § 2 Abs. 3 des neuen Gesetzes, abweichend von dem sonstigen Sprachgebrauch der Reichsversicherungsgesetze, dahin auslegen müssen, daß dem rechtzeitig gestellten Befreiungsantrage stattgegeben werden muß, weil sonst der Zweck des Gesetzes, das Ersatzkassenmitglied vor der erwähnten Benachteiligung zu bewahren, verfehlt werden würde. Es ist nicht abzusehen, in welcher Richtung sich noch ein freies pflichtmäßiges Ermessen der knappschaftlichen Krankenkasse bewegen und die Ablehnung eines Antrags rechtfertigen könnte, der den Anforderungen des § 2 Abs. 3 genügt.

Die **§§ 3 und 4** des neuen Gesetzes entsprechen den §§ 7 u. 8 der Vrdg. v. 30. 4. 20. § 3 erkennt eine formale Pflichtmitgliedschaft derjenigen Personen an, die trotz des Überschreitens der bisherigen Verdienstgrenze weiter wie versicherungspflichtige Kassenmitglieder behandelt worden sind. § 4 regelt die Pflicht zur Meldung der durch § 1 der Versicherungspflicht neu unterstellten Personen.

§ 5 beseitigt endlich den krassen Widersinn, daß man für das Recht zum freiwilligen Beitritt nach § 176 RVO. bisher an der Einkommensgrenze von 2500 M. festgehalten hatte. Die Grenze

ist auch hier auf 40 000 M. erweitert. Dabei, daß es — anders als bei der Versicherungspflicht — nicht auf den Arbeitsverdienst (einen solchen braucht ja der Versicherungsberechtigte überhaupt nicht zu haben), sondern auf das „Gesamteinkommen" ankommt, ist es verblieben.

§ 6 erkennt in entsprechender Weise, wie § 3 hinsichtlich der Versicherungspflicht, eine formale freiwillige Mitgliedschaft an, wenn Versicherungsberechtigte trotz eines 2500 M. übersteigenden Einkommens als freiwillige Mitglieder aufgenommen worden sind.

§ 7 bringt eine wichtige Änderung des Rechts zu freiwilliger Weiterversicherung nach § 313 RVO. Nach dem zweiten Satze des Abs. 1 dieses Paragraphen in der Fassung der Vrdg. v. 22.11.18 (RGBl. S. 1321, ArbVers. 694) konnte das aus der Versicherungspflicht ausgeschiedene, sich freiwillig weiterversichernde Mitglied „mit Zustimmung des Kassenvorstandes" in eine niedere Klasse oder Stufe übertreten. Diese Vorschrift ist jetzt beseitigt und durch folgenden § 313a ersetzt:

Bei Beginn oder während der Dauer der Weiterversicherung kann das Mitglied entsprechend seinen Einkommensverhältnissen seine Versetzung in eine niedere Klasse oder Stufe beantragen. Der Kassenvorstand kann die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe auch ohne seine Zustimmung anordnen, wenn dessen Beiträge in erheblichem Mißverhältnisse zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen stehen. Gegen die Ablehnung des Antrags oder gegen die Anordnung des Vorstandes steht dem Mitglied binnen einem Monat die Beschwerde an das Versicherungsamt zu; dieses entscheidet endgültig.

Auf Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, bleibt die Änderung der Mitgliederklasse oder Lohnstufe ohne Einfluß.

Die beseitigte Vorschrift, wonach der Übertritt in eine niedere Klasse oder Stufe der Zustimmung des Vorstandes bedurfte, hatte die Bedeutung, daß das dem Weiterversicherten nach der ursprünglichen Fassung des § 313 Abs. 1 verliehene Recht, durch eine einseitige Erklärung überzutreten, aufgehoben und von der Annahme dieser Erklärung durch die Kasse abhängig gemacht war. Die „Zustimmung" war dadurch freilich nicht in die Willkür, sondern in das freie pflichtmäßige Ermessen der Kasse gestellt. Immerhin fehlte es an einem Anhalt für die Auffassung, daß es sich hierbei um etwas anderes als um eine rechtsgeschäftsähnliche Entschließung des Vorstandes handle, daß also die Versagung der Zustimmung eine im Wege der Beschwerde anfechtbare „Entscheidung" (§ 1791 RVO.) gewesen wäre (Hahn in ArbVers. 1918 S. 703). Jetzt ist hierin eine Änderung eingetreten: Der Weiterversicherte kann nach Abs. 1 Satz 1 und 3 die Versetzung in eine niedere Klasse oder Stufe beantragen, der Vorstand hat darüber zu entscheiden, und dem Weiterversicherten steht gegen die Ablehnung die Beschwerde an das Versicherungsamt zu, und zwar „binnen einem Monat", d. h. gemäß der allgemeinen Regel des § 128 RVO. in Monatsfrist nach Zustellung der angefochtenen Entscheidung, daraus folgt weiter, daß die Kasse dem Antragsteller schriftlich Bescheid zu erteilen hat. Dies ist die formelle Bedeutung der Neuerung. Sachlich liegt sie darin, daß die Versetzung den „Einkommensverhältnissen" des Mitgliedes entsprechen soll. Eine eigentliche Beweispflicht in dieser Hinsicht liegt dem Versicherten nicht ob, aber er wird gut tun, seinen Antrag möglichst alsbald durch Belege (Steuerbescheide, Lohnbücher usw.) zu unterstützen; fehlt es hieran, so ist es Sache der Kasse, durch Erkundigungen und nötigenfalls durch Beweiserhebungen die „Einkommensverhältnisse" zu klären und danach zu entscheiden. Dieses Wort ist nicht gleichbedeutend mit „Einkommen". Ein kinderreiches Familienhaupt mit 20 000 M. Jahreseinkommen lebt in ganz anderen Einkommensverhältnissen, als ein Junggeselle mit gleichem Einkommen. Solche und ähnliche persönliche Verhältnisse werden daher bei der nach freiem pflichtmäßigen Ermessen zu fällenden Entscheidung mit zu berücksichtigen sein. Ein Beschwerdegrund ist nicht nur dann gegeben, wenn der Antrag auf Versetzung in eine niedere Klasse oder Stufe (nämlich als derjenigen, der das Mitglied

beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte und in der er daher nach der Regel des § 313 Abs. 1 verbleiben müßte) überhaupt abgelehnt wird, sondern auch dann, wenn die Entscheidung des Kassenvorstandes das Mitglied einer anderen — sei es höheren oder niedrigeren — Klasse oder Stufe als der beantragten zuweist; denn auch hierin liegt eine (teilweise) Ablehnung des Antrages im Sinne des § 313 b Abs. 1 Satz 3.

Der zweite Satz dieser Vorschrift gibt dem Kassenvorstande das Recht, das Mitglied jederzeit von Amts wegen in eine höhere Klasse oder Stufe zu versetzen, wenn seine Beiträge in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfall zu gewährenden Kassenleistungen stehen. Wirklich nur „im Krankheitsfalle"? Sollen die erheblichen Aufwendungen an Leistungen der Wochenhilfe, die der Kasse drohen, wenn der Versicherte z. B. eine Ehefrau und mehrere mannbare Töchter oder Stief- oder Pflegetöchter im Hause hat, außer Betracht bleiben? Die Praxis der Kassen und der in dieser Frage endgültig entscheidenden Versicherungsämter wird hoffentlich über solche Zweifel zur Tagesordnung übergehen und sich an den erkennbaren Grundgedanken des Gesetzes halten. Es handelt sich hier, wie im ganzen Gebiete der Reichsversicherung überhaupt, nicht darum, die Beiträge des einzelnen Versicherten in ein dem Versicherungswagnisse möglichst genau entsprechendes Verhältnis zu bringen; denn die Reichsversicherung beruht auf dem Gedanken der Solidarität der Beteiligten, und unter diesem Gesichtspunkte ist nur zu fordern, daß einerseits die Gesamtbeiträge der Beteiligten im richtigen Verhältnis zum Gesamtwagnisse des Versicherungsträgers stehen und daß andererseits der Einzelne sich einer billigen Beteiligung an den Lasten der Gemeinschaft nicht entziehen darf, wie es der Fall wäre, wenn er darauf bestehen dürfte, daß sein Beitrag zu diesen Lasten, abweichend von der Regel des § 313 Abs. 1 RVO., nach einem Maßstab bemessen wird, der in e r h e b l i c h e m Mißverhältnis zu seinem Einkommen und zu den ihm gegebenenfalls zu gewährenden K a s s e n l e i s t u n g e n ü b e r h a u p t steht. Die hiernach dem Kassenvorstand und weiterhin dem Versicherungsamt obliegende Erwägung, ob ein Weiterversicherter in eine höhere Klasse oder Stufe zu versetzen sei, ist kein einfaches Rechenexempel, sondern eine freie Einschätzung unter billiger Berücksichtigung auch der sonstigen Lebensverhältnisse des Versicherten — wenngleich hier im Satz 2 nicht, wie im Satz 1, von Einkommens v e r h ä l t n i s s e n die Rede ist. Übrigens findet die Versetzung in eine höhere Klasse oder Stufe eine selbstverständliche Schranke im § 313 Abs. 1: über diejenige Klasse oder Stufe hinaus, der der Weiterversicherte beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte, darf er in keinem Falle versetzt werden. — Schließlich sind noch im Satz 2 die Worte zu beachten, daß die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe „auch ohne seine Zustimmung" erfolgen kann. Daraus ist zu entnehmen, daß „mit" seiner Zustimmung solche Versetzung durch den Kassenvorstand jedenfalls zulässig ist (zu vgl. hinsichtlich des bisherigen Rechtes: ArbVers. 1920 S. 438 Ziff. 9).

Daß nach Abs. 2 des § 313 a sowohl die Versetzung in eine niedere als auch die Versetzung in eine höhere Klasse oder Stufe auf bereits eingetretene Versicherungsfälle ohne Einfluß bleibt, entspricht dem § 211 Halbsatz 2. Dabei ist zu beachten, daß die Versetzung mit der Zustellung des Bescheides über den Antrag des Versicherten (Abs. 1 Satz 1) oder mit Zustellung der Anordnung des Vorstandes (Satz 2) wirksam wird. Bis dahin sind Leistungen und Beiträge nach dem Grundlohn der bisherigen Klasse oder Stufe zu bemessen. Deshalb und weil die Beschwerde (Satz 3) nach § 130 RVO. keinen Aufschub bewirkt, wird sowohl die Kasse das Verfahren und die Entscheidung über den Antrag als auch das Versicherungsamt das

Beschwerdeverfahren beschleunigen müssen, um Rückzahlung überhobener Leistungen und Beiträge zu vermeiden oder doch in möglichst engen Grenzen zu halten.

§ 8 enthält die Erhöhung der Grundlöhne in Abänderung des § 180 RVO. und des § 1 Vrdg. v. 30. 4. 20 dahin, daß der Entgelt, der bei der Festsetzung des Grundlohnes berücksichtigt werden muß, von 24 auf 40 M. und der Entgelt, der nach der Satzung darüber hinaus berücksichtigt werden kann, von 30 auf 80 M heraufgesetzt ist.

§ 9 stellt eine weitere gesetzliche Änderung des § 180 RVO. in Aussicht (es ist dabei an die geplante Ersetzung des „Arbeitstag" im § 180 Abs. 2 durch Kalendertag und an die ausschließliche Festsetzung des Grundlohnes nach Lohnstufen zu denken) und überträgt bis dahin die Änderung der Grundlöhne dem Kassenvorstande. Eine Satzungsänderung, wie nach § 3 der Vrdg. v. 30. 4. 20, bedarf es also nicht. Ein Beschluß des Ausschusses ist nur für erforderlich erklärt, wenn der Grundlohn über 40 M. oder, sofern er schon bisher 24 M. überstieg, über 60 M. hinaufgesetzt werden soll. Mitglieder, deren Grundlohn danach die bisher bei der Kasse vorgeschriebene Höchstgrenze übersteigt, haben nach Abs. 2 des § 9 auf die ihrem neuen Grundlohn entsprechenden höheren Kassenleistungen von dem Tage des Vorstandsbeschlusses ab auch in solchen Versicherungsfällen Anspruch, die vor dem 1. 1. 21 (dem Tage der Gesetzeskraft) eingetreten sind. Diese Abweichung von der Regel des § 211 RVO. beruht wohl auf der Billigkeitserwägung, daß die Erhöhung der Grundlöhne doch nur eine Anpassung an die bereits längere Zeit vorher eingetretene weitere Geldentwertung bedeutet.

Aus der Vorschrift des Abs. 2 läßt sich übrigens entnehmen, daß im allgemeinen, abgesehen von der eben erörterten Besonderheit, der Tag des Vorstandsbeschlusses den Wirkungsbeginn der Grundlohnänderung bezeichnet, daß also von diesem Tage ab die höheren Beiträge zu entrichten und für Versicherungsfälle, die an diesem Tage oder später eingetreten sind, die höheren Leistungen gewährt werden müssen, auch wenn der Beschluß erst später bekanntgegeben ist; und es ist anzunehmen, daß es dem Vorstand auch zusteht, den Wirkungsbeginn auf einen früheren Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem 1. 1. 22 (dem Beginn der Gesetzeskraft), zurückzudatieren (zu vgl. hinsichtlich der Vrdg. v. 30. 4. 20: ArbVers. 1920 S. 339 Ziff. 3, 437 Ziff. 6, 458 Ziff. 2). Nur die besondere Wirkung des Vorstandsbeschlusses nach § 9 Abs. 2 darf selbstverständlich nicht, abweichend von dieser Vorschrift, auf einen früheren Tag verlegt werden. Im übrigen ist es Amtspflicht des Kassenvorstandes, zu deren Erfüllung er nötigenfalls im Aufsichtswege angehalten werden kann, den Beschluß über die Neufestsetzung der Grundlöhne möglichst bald zu fassen (zu vgl. Bescheid des RAMin. a. a. O. S. 437, 458).

§ 10 entspricht wörtlich dem § 4 Vrdg. v. 30. 4. 20, betreffend die Pflicht der Arbeitgeber, der Kasse die infolge der Grundlohnänderung zur Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen.

§ 11 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes. Es ist, wie schon erwähnt, auf den 1. 1. 22. festgesetzt. Vorbehalten ist aber, das Inkrafttreten des § 165 Abs. 1 Ziff. 6 hinsichtlich der Hausgewerbetreibenden zu bestimmen, deren Krankenversicherung durch Gesetz neu geregelt werden soll (zu vgl. oben zu § 1 a).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Gesetz über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung.

Vom 28. Dezember 1921 (RGBl. S. 5).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

I. Versicherungspflicht.

§ 1. — a) Der § 165 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

Für den Fall der Krankheit werden versichert

1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten,
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet,
3. Handlungsgehilfen und -lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken,
4. Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen,
5. Lehrer und Erzieher,
6. Hausgewerbetreibende, soweit ihnen nicht ein jährliches Einkommen von vierzigtausend Mark sicher ist,
7. die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge, soweit sie weder unter die §§ 59 bis 62 der Seemannsordnung (RGBl. 1902 S. 175 und 1904 S. 167), noch unter die §§ 553 bis 553 b des Handelsgesetzbuchs fällt, sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt.

Voraussetzung der Versicherung ist für die im Abs. 1 unter Nr. 1 bis 5 und Nr. 7 Bezeichneten mit Ausnahme der Lehrlinge aller Art, daß sie gegen Entgelt (§ 160) beschäftigt werden, für die unter Nr. 2 bis 5 Bezeichneten sowie für Schiffer außerdem, daß nicht ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst vierzigtausend Mark an Entgelt übersteigt.

b) Im § 577 Abs. 1 und im § 1084 der Reichsversicherungsordnung wird das Wort „fünfzehntausend" durch das Wort „vierzigtausend" ersetzt.

§ 2. — Wer in der Zeit seit dem 10. Mai 1920 wegen Überschreitens der Verdienstgrenze von fünfzehntausend Mark aus seiner Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden ist, kann bei dieser Kasse binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 der RVO. beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 1 versicherungspflichtig ist.

Die Kasse kann den Berechtigten, wenn er sich zum Beitritt meldet, ärztlich untersuchen lassen. Eine Erkrankung, die beim Wiedereintritt bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung.

Wer einer Ersatzkasse angehört und auf Grund der Vorschrift des § 1 in einer knappschaftlichen Krankenkasse versicherungspflichtig wird, weil sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst fünfzehntausend Mark übersteigt, kann von der Versicherungspflicht bei der knappschaftlichen Krankenkasse befreit werden, wenn er es bei ihr binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes beantragt.

§ 3. — Sind Personen, deren regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst mehr als fünfzehntausend Mark, aber nicht mehr als vierzigtausend Mark beträgt, vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes trotz Überschreitens der für ihre Versicherungspflicht maßgebenden Verdienstgrenze von ihrer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden, so kann diese Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden. Dies gilt auch für solche Fälle, in denen beim Inkrafttreten dieses Gesetzes ein Streitverfahren schwebt.

§ 4. — Die Frist zur Meldung derjenigen Beschäftigten, welche durch die Vorschrift des § 1 der Versicherungspflicht neu unterstellt werden, wird bis zum achten Tage nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erstreckt, soweit sie nicht nach § 317 der RVO. darüber hinausläuft. Die Meldung kann wirksam schon vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geschehen.

II. Versicherungsberechtigung.

§ 5. — Im § 176 der RVO. wird das Wort „zweitausendfünfhundert" durch das Wort „vierzigtausend" ersetzt.

§ 6. — Sind Personen, die nach § 5 versicherungsberechtigt sind, vor Inkrafttreten dieses Gesetzes von einer Krankenkasse bereits als freiwillige Mitglieder aufgenommen worden, obgleich ihr jährliches Gesamteinkommen zweitausendfünfhundert Mark überstieg, so gilt § 3 entsprechend.

§ 7. — Der § 313 Abs. 1 letzter Satz der RVO. in der Fassung des § 2 Abs. 2 der Verordnung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) fällt weg.

Hinter § 313 wird folgender § 313 a eingeschaltet:

„Bei Beginn oder während der Dauer der Weiterversicherung kann das Mitglied entsprechend seinen Einkommensverhältnissen seine Versetzung in eine niedere Klasse oder Stufe beantragen. Der Kassenvorstand kann die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe auch

ohne seine Zustimmung anordnen, wenn dessen Beiträge in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfall zu gewährenden Kassenleistungen stehen. Gegen die Ablehnung des Antrags oder gegen die Anordnung des Vorstandes steht dem Mitglied binnen einem Monat die Beschwerde an das Versicherungsamt zu; dieses entscheidet endgültig.

Auf Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, bleibt die Änderung der Mitgliederklasse oder Lohnstufe ohne Einfluß."

III. Grundlohn.

§ 8. — Im § 180 Abs. 2 der RVO. in der Fassung der Verordnung über Aufhebung der Verordnung vom 1. April 1920 (RGBl. S. 433) und über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 30. April 1920 (RGBl. S. 769) werden das Wort „vierundzwanzig" durch das Wort „vierzig" und das Wort „dreißig" durch das Wort „achtzig" ersetzt.

§ 9. — Einer Satzungsänderung wegen der Erhöhung des Grundlohns nach § 8 bedarf es bis zu einer weiteren gesetzlichen Änderung des § 180 der RVO. nicht. Inzwischen hat der Kassenvorstand die Änderungen des Grundlohns festzusetzen. Eines Beschlusses des Kassenausschusses bedarf es nur, wenn die Höchstgrenze des Grundlohns über vierzig Mark, bei Kassen aber, bei denen die Höchstgrenze bisher schon vierundzwanzig Mark überstieg, wenn die Höchstgrenze über sechzig Mark hinaufgesetzt werden soll.

Mitglieder, deren Grundlohn danach die bisher bei der Kasse vorgeschriebene Höchstgrenze übersteigt, haben auf die ihrem neuen Grundlohn entsprechenden höheren Kassenleistungen von dem Tage des Vorstandsbeschlusses ab auch in Versicherungsfällen Anspruch, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits eingetreten sind.

§ 10. — Für Beschäftigte, die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse verpflichtet sind und für die nach den Vorschriften dieses Gesetzes ein höherer Grundlohn in Betracht kommt als der bisherige höchste Grundlohn ihrer Kasse, haben die Arbeitgeber der Kasse binnen vier Wochen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die zur Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen.

Zuwiderhandlungen werden gleich Zuwiderhandlungen gegen § 318 der RVO. bestraft.

IV. Schlußvorschriften.

§ 11. — Das Inkraftsetzen der Vorschrift über die Versicherung der Hausgewerbetreibenden (§ 165 Abs. 1 Nr. 6 der RVO. in der Fassung des § 1) bleibt bis zur gesetzlichen Neuregelung der Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden vorbehalten. Im übrigen treten die Vorschriften dieses Gesetzes mit dem 1. Januar 1922 in Kraft. Mit dem gleichen Tage treten die §§ 1, 3, 4, 5 der im § 7 bezeichneten Verordnung vom 22. November 1918 sowie die §§ 2, 5 bis 8, 10 der im § 8 bezeichneten Verordnung vom 30. April 1920 außer Kraft.

Erläuterungen dieses Gesetzes siehe oben S. 33 ff.

Gesetz, betreffend die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung.

Vom 24. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 1).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Der in der Bekanntmachung über die Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung vom 11. Januar 1917 (RGBl. S. 39) bestimmte Zeitpunkt, bis zu welchem die Amtsdauer der Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber und der Versicherten bei Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern sowie der nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter längstens erstreckt worden ist, wird für die Amtsdauer der nichtständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter, für die Amtsdauer der Ausschuß- und Vorstandsmitglieder der Landesversicherungsanstalten, der Versichertenvertreter für die Unfallverhütung sowie der Beisitzer der Versicherungsämter und der Oberversicherungsämter auf den Schluß des Kalenderjahres 1922 festgesetzt.

§ 2. — Das Gesetz tritt mit dem Tage seiner Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Das Gesetz ist durch Ausgabe der Nr. 1 des RGBl. in Berlin am 6. 1. 22 verkündet, also an diesem Tage in Kraft getreten. — Auf die Wahlen zu den Organen der Krankenkassen bezieht sich das Gesetz nicht. Auch für sie den Zeitpunkt, bis zu welchem die Amtsdauer der Vertreter durch die Bek. v. 11. 1. 17 (ArbVers. S. 82) längstens erstreckt worden ist, über das Jahr 1921 hinauszuschieben, erschien nach einem Erlasse des Reichsarbeitsministers v. 26. 11. 17 „nicht zweckmäßig", obwohl nicht verkannt wurde, daß dadurch zahlreiche Personen, die durch die Erweiterung der Versicherungsgrenze mit dem 1. 1. 22 versicherungspflichtig werden sollten (zu vgl. jetzt: Ges. vom 28. 12. 21), von Wahlrecht und Wählbarkeit ausgeschlossen wurden. Der erwähnte Erlaß empfahl daher den Krankenkassen eine kurzfristige Hinausschiebung der Wahl über den 31. 12. 21 hinaus, die in der Tat im Hinblick auf § 16 Abs. 2 RVA. rechtlich unbedenklich und praktisch gewesen wäre. Allein dieser Rat kam reichlich spät. Wäre er früher erteilt worden, so wäre der von vielen Kassen gemachte Fehler vermieden worden, daß der neue Ausschuß und von diesem der neue Vorstand schon im Jahre 1921 gewählt wurde, also zu einer Zeit, in der der Ausschuß noch nicht im Amt und folglich auch zur Vornahme der Vorstandswahl nicht berufen war. Zu vgl. ArbVers. 1921 S. 557 Ziff. 1, 598 Ziff. 1, 658 Ziff. 2, 3.

Gesetz, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Vom 28. Dezember 1921 (RGBl. S. 7).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel 1.

A. 1. § 195 a der RVO. Abs. 1 Ziff. 4 erhält nachstehende Fassung:

„solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens 4,50 Mark täglich, bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft."

2. § 205 a der RVO. Abs. 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Als Wochenhilfe werden die im § 195 a bezeichneten Leistungen gewährt; dabei beträgt das Wochengeld 3,00 Mark und das Stillgeld 4,50 Mark."

B. § 19 Satz 2 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 22. Mai 1920 erhält folgende Fassung:

„Dabei beträgt das Wochengeld 3,00 Mark und das Stillgeld 4,50 Mark."

C. Im Artikel III Ziff. 2 Abs. 3 des Gesetzes vom 29. Juli 1921 werden die Worte „zehntausend Mark" ersetzt durch die Worte „fünfzehntausend Mark".

Artikel 2.

Das Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Das Gesetz ist durch Ausgabe der Nr. 2 des RGBl. in Berlin am 5. 1. 22 verkündet, also an diesem Tage in Kraft getreten.

Auch die auf diesem Gesetze beruhenden Erhöhungen der Leistungen können keine Geltung beanspruchen in Entbindungsfällen, die vor dem Tage der Gesetzeskraft eingetreten sind, da der Gesetzgeber es wiederum unterlassen hat, eine solche Einwirkung des neuen Gesetzes auf schwebende Fälle vorzusehen. Wir verweisen auf unsere Darlegungen im Jahrg. 1921 S. 528, 549, 589, sowie auf die Entscheidungen der Versicherungsämter Witten und Frankfurt a. M. im Jahrg. 1922 S. 10, 21. Im Ausschuß des Reichstags hat ein Vertreter des Reichsarbeitsministeriums in Aussicht gestellt, daß „zur Beseitigung von Unstimmigkeiten des Gesetzes v. 29. 7. 21" ein Gesetzentwurf möglichst bald vorgelegt werden soll. Vielleicht spricht man bei dieser Gelegenheit aus, was alsbald in den Gesetzen hätte gesagt werden können und sollen: daß die erhöhten Leistungen vom Tage der Gesetzeskraft an auch für frühere Entbindungsfälle zu gewähren sind.

Derselbe Regierungsvertreter hat zu einem anderen aufgetauchten Zweifel seine Auffassung kundgegeben. Nach § 205 a Abs. 3 RVO. wird Familienwochenhilfe auch gewährt, wenn die Niederkunft innerhalb neun Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt. Nun setzt aber Abs. 1 a. a. O. bei Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern des Versicherten voraus, daß sie mit diesem in häuslicher Gemeinschaft leben. Hieraus ist ein Bedenken gegen die Durchführbarkeit des Abs. 3 hergeleitet worden, weil doch die häusliche Gemeinschaft mit dem Tode des Versicherten wegfalle (Hoffmann, Ges. über Wochenhilfe usw. 4. Aufl. Anm. 8 zu § 205 a). Demgegenüber wurde bemerkt, eine vernünftige Auslegung des Abs. 3 könne nur dahin gehen, daß das Zusammenleben mit dem versicherten „Vater" nur bis zu dessen Tode angedauert haben muß. Hierzu möchten wir ergänzend nur darauf hinweisen, daß auch eine versicherte Mutter in Frage kommen kann. Im übrigen will es auch uns einleuchtend erscheinen, daß das Gesetz nicht fordern wollte, daß die Tochter — treu über das Grab hinaus — die häusliche Gemeinschaft mit dem (oder der) toten Versicherten noch bis zu ihrer Entbindung fortgesetzt habe.

B. Zur Unfallversicherung.

Gesetz über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung.

Vom 28. Dezember 1921 (RGBl. S. 7).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Deutschen, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente beziehen, wird für die Zeit nach dem 31. Dezember 1921 eine monatlich im voraus zahlbare Zulage zu ihrer Rente gewährt, solange sie sich im Inland aufhalten.

§ 2. — Zu einer Verletztenrente wird die Zulage nur gewährt, wenn die Rente fünfzig oder mehr vom Hundert der Vollrente beträgt oder wenn der Berechtigte mehrere Verletztenrenten bezieht, deren Hundertsätze zusammen mindestens die Zahl fünfzig ergeben.

§ 3. — Die Zulage besteht in dem Betrag, um den die Rente hinter dem Betrage zurückbleibt, den sie hätte, wenn sie nach folgenden Jahresarbeitsverdiensten berechnet würde (erhöhte Rente).

Als Jahresarbeitsverdienst gilt,

falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von achttausendeinhundert Mark,

im übrigen der Betrag von zwölftausend Mark.

Bei Berechnung einer Verletztenrente gelten an Stelle der im Abs. 2 bezeichneten Sätze als Jahresarbeitsverdienst,

solange der Berechtigte noch nicht sechzehn Jahre alt ist, sechzig vom Hundert,

solange der Berechtigte sechzehn oder mehr Jahre, aber noch nicht einundzwanzig Jahre alt ist, achtzig vom Hundert

der bezeichneten Sätze.

§ 4. — Ist die Rente eines Verletzten gemäß §§ 571, 940, 941, 1081, 1082 der RVO. nach einem gekürzten Jahresarbeitsverdienste berechnet, weil der

Verletzte schon vor dem Unfall dauernd teilweise erwerbsunfähig war, so tritt an die Stelle der im § 3 Abs. 2, 3 bezeichneten Beträge derjenige Teil dieser Beträge, welcher dem Maße der Erwerbsfähigkeit vor dem Unfall entspricht.

§ 5. — Über die Gewährung der Zulage entscheidet der Versicherungsträger schriftlich. Die Entscheidungen sind zu begründen.

Gegen die Entscheidung des Versicherungsträgers ist binnen einem Monat nach Zustellung Einspruch an das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) zulässig. Über den Einspruch entscheidet dasjenige Oberversicherungsamt, das zu entscheiden hätte, wenn es sich um eine Berufung gegen einen Endbescheid dieses Versicherungsträgers handelte.

Das Oberversicherungsamt entscheidet endgültig. § 1693 der RVO. gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß das RVA. (Landesversicherungsamt) sich auf die Entscheidung der grundsätzlichen Rechtsfrage beschränken kann.

Für Spruchsachen aus diesem Gesetz ist ein Pauschbetrag an das Oberversicherungsamt nicht zu entrichten.

§ 6. — Die Zulage wird auf volle Mark für den Monat aufgerundet. Sie fällt weg, wenn die Rente ruht oder wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Zulage nicht mehr gegeben sind.

§ 7. — Das Reich gewährt den Versicherungsträgern auf Antrag Darlehen

1. zur Deckung der für das erste Jahr nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erhobenen Postvorschüsse (§§ 728, 988, 1160 der RVO.), soweit sie für die Leistungen auf Grund dieses Gesetzes eingezogen werden,
2. zur Deckung der von den Postbehörden innerhalb des ersten Geschäftsjahres nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geleisteten Zahlungen, soweit sie auf Grund dieses Gesetzes geleistet worden sind und nicht schon durch Vorschüsse (Nr. 1) gedeckt sind.

Die Darlehen sind mit fünf vom Hundert zu verzinsen und bis zum Ablauf des Jahres 1924 zu tilgen.

§ 8. — Im § 1 Satz 1 und im § 5 der Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5. Mai 1920 (RGBl. S. 878) in der Fassung des Artikels XII des Gesetzes, betreffend Änderungen in der Unfallversicherung, vom 11. April 1921 (RGBl. S. 467) werden die Worte „31. Dezember 1921" durch die Worte „31. März 1922" ersetzt.

Für die Monate Januar, Februar und März 1922 gilt die Verordnung vom 5. Mai 1920 in der Fassung des vorstehenden Absatzes weiter mit der Maßgabe, daß die gemäß §§ 1 bis 6 der Verordnung zu gewährenden Zulagen verdoppelt werden.

Die auf Grund der vorstehenden beiden Absätze gezahlten Zulagen sind auf die nach den §§ 1 bis 4 zu gewährenden Zulagen anzurechnen.

§ 9. — Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats bestimmen, daß die Vorschriften dieses Gesetzes auf fremde Staatsangehörige, die im Inland ihren Wohnort haben, Anwendung finden. Als Wohnort gilt der Ort, in welchem sich der Rentenempfänger nicht vorübergehend aufhält, sondern mit der Absicht dauernden oder längeren Verbleibens wohnt.

Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats bestimmen, daß die Vorschriften dieses Gesetzes auf Deutsche, die sich im Ausland aufhalten, Anwendung finden.

§ 10. — Die Vorstände der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften können mit Genehmigung der obersten Landesbehörde bestimmen, daß Zulagen auf Grund der §§ 1 bis 4 ganz oder teilweise versagt werden können, wenn die Rente aus Anlaß des Unfalls eines Versicherten festgesetzt ist, der als landwirtschaftlicher Unternehmer oder als Ehegatte eines solchen versichert war, und wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht oder nicht ganz benötigt wird.

Die Vorstände der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften können, wenn sie von der vorstehenden Befugnis Gebrauch machen, mit Genehmigung der obersten Landesbehörde nähere Bestimmungen treffen.

§ 11. — Soweit dieses Gesetz nicht etwas anderes vorschreibt, gelten die Vorschriften der RVO. entsprechend.

Die Ansprüche auf Zulage können nur wegen der im § 119 Abs. 1 Nr. 1 und 2 der RVO. bezeichneten Forderungen mit rechtlicher Wirkung übertragen, verpfändet und gepfändet werden. Mit Genehmigung des Versicherungsamts darf der Berechtigte den Anspruch auch in anderen Fällen übertragen.

Die Zulagen gelten nicht als Unfallentschädigung im Sinne des § 1501 Abs. 2, der §§ 1528, 1529, 1541 und nicht als Unfallrenten im Sinne des § 731 Abs. 2, der §§ 1511, 1522, 1535, 1541 der RVO.

Im Sinne der §§ 1542 und 1543 der RVO. gelten die Zulagen als Leistungen nach der RVO. und gilt das Verfahren über die Gewährung von Zulagen als ein Verfahren nach der RVO.

Die Leistungen dieses Gesetzes sind bei der Bildung der Rücklagen nicht zu berücksichtigen.

§ 12. — Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats Näheres über die Durchführung des Gesetzes und über das Verfahren bestimmen. Er kann mit Zustimmung des Reichsrats diese Befugnis ganz oder teilweise auf das Reichsversicherungsamt übertragen.

C. Zur Militärversorgung.

Durch Maßnahmen des Arztes verursachte Gesundheitsstörung als Dienstbeschädigung.

Ref. Entsch. des **Reichsversorgungsgerichts** vom 15. April 1921 (Entsch. Bd. 2 S. 38).

Der Ehemann der Klägerin ist während seiner Dienstzeit an den Folgen einer alten Syphilis erkrankt und im Lazarett nach Salvarsanbehandlung verstorben. Nach den ärztlichen Feststellungen ist der Tod auf die verabreichten Salvarsaneinspritzungen zurückzuführen. Das Versorgungsamt hat den Anspruch der Klägerin auf Witwengeld abgelehnt, weil der Tod des Ehemannes nicht infolge einer Dienstbeschädigung eingetreten sei. Das Militärversorgungsgericht hat ihr die allgemeine Versorgung zugesprochen mit der Begründung, daß der Verstorbene sich der von den Militärärzten zum Zwecke der Wiederherstellung seiner Dienstfähigkeit verordneten Salvarsanbehandlung habe fügen müssen, und daß deshalb Dienstbeschädigung anzuerkennen sei. Der vom Fiskus dagegen eingelegte Rekurs ist vom Reichsversorgungsgericht zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Der Senat hat die für den Anspruch der Klägerin entscheidende Frage, ob der Tod ihres Ehemanns auf eine Dienstbeschädigung zurückzuführen sei, in Übereinstimmung mit dem angefochtenen Urteil bejaht. Die Unterwerfung unter die militärärztliche Behandlung und der Lazarettaufenthalt sind als Ausfluß der dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse insofern anzusehen, als der Erkrankte in seiner Eigenschaft als Soldat sich der Behandlung durch den Militärarzt und den Lazarettaufenthalt zu unterziehen verpflichtet ist und hinsichtlich der Person des Arztes und der Art der Behandlung keine Freiheit genießt. In dieser Beziehung besteht kein Unterschied, ob die militärärztliche Behandlung oder der Lazarettaufenthalt wegen einer auf Einflüsse des Militärdienstes zurückzuführenden Gesundheitsschädigung oder wegen eines anderen Leidens stattfindet. Hieraus folgt, daß jede Gesundheitsstörung, die infolge der militärärztlichen Behandlung oder des Lazarettaufenthalts eingetreten ist, als Dienstbeschädigung anzusehen ist. Ein solcher ursächlicher Zusammenhang muß namentlich dann angenommen werden, wenn der Erkrankte durch die Maßnahmen des Arztes eine Gesundheitsstörung erlitten hat, es sei denn, daß er auf die Möglichkeit einer derartigen Schädigung hingewiesen worden war und gleichwohl in die Art der Behandlung ausdrücklich eingewilligt hat. Der Tod des Ehemanns der Klägerin ist, wie mit voller Sicherheit feststeht, infolge der Salvarsaneinspritzungen eingetreten. Für die Annahme, daß das benutzte Salvarsan verdorben gewesen sei, fehlt zwar jeder Anhalt. Auch Salvarsan von guter Beschaffenheit kann aber zum Tode führen, und deshalb wird jeder Privatarzt seinen Patienten vor Anwendung des Mittels auch auf dessen Gefährlichkeit hinweisen. Ob ein solcher Hinweis auch bei militärärztlicher Behandlung im allgemeinen zu erfolgen pflegt, kann dahingestellt bleiben. Im vorliegenden Falle ist jedenfalls nicht dargetan, daß der Verstorbene auf die Möglichkeit einer Gesundheitsschädigung aufmerksam gemacht worden ist und trotzdem in die Behandlung mit Salvarsan eingewilligt hat. Da der Ehemann der Klägerin nach fachärztlichem Gutachten nicht gestorben wäre, wenn er nicht mit Salvarsan behandelt worden wäre, mußte nach Ansicht des Senats ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und der militärärztlichen Behandlung als solcher angenommen werden.

Sprechsaal.

Ersatzanspruch der Krankenkassen bei Gewährung von Zahnersatz für kriegsbeschädigte Mitglieder.

Zahnersatz ist ein Körperersatzstück — Prothese — lt. übereinstimmenden Gutachten verschiedener Ärzte. (Vgl. auch Dr. L. Meier, Handb. der zahnärztl. Rechtskunde, S. 347 ff.). Körperersatzstücke beschafft nun gemäß § 8 Abs. 1 RVG. das Reich. Hiernach wäre an sich ohne Weiteres klar, daß das Reich die Kosten auch für Zahnersatzstücke voll übernehmen und diese liefern m u ß. Doch die Ausführungsbestimmungen zum RVG. vom 16. 11. 20 zu § 8 treffen eine andere Regelung, und zwar: „Zahnersatz wird durch die Krankenkassen geleistet; soweit er über deren Regelleistungen hinausgeht, ist die Genehmigung des Versorgungsamtes notwendig.“ Hierher gehört dann noch folgende Bestimmung in Nr. 53 (1c) der Leitsätze: „Ersetzt werden die Kosten der Zahnbehandlung (einschließlich des Zahnersatzes), soweit diese mit Genehmigung der Versorgungsbehörde — Nr. 12 (6) — über die Leistungen hinausgeht, zu denen die Kasse nach der RVO. oder Kassensatzung verpflichtet ist.“

Verschiedene Versorgungsbehörden erkennen den Ersatzanspruch der Kasse für Zahnersatz auf vorherige Kostenanmeldung nur insoweit an, als er die Regelleistung der Kasse übersteigt und behaupten, da die Kasse für kleinere Heilmittel lt. Gesetz und Satzung bis zu einer gewissen Höhe die Kosten übernehmen müsse, so gelte dies auch für Zahnersatz. M. E. ist diese Ansicht irrig, da, wenn man Zahnersatz als sogenanntes kleines Heilmittel ansehen würde, auch für dieses nach § 14 RVG. voller Ersatz geleistet werden muß.

Man kann aber die Bestimmungen in Nr. 12 (6) und Nr. 53 (1c) der Leitsätze auch anders auffassen. Es ist da die Rede von Zahn b e h a n d l u n g (einschließlich des Zahnersatzes). Zahn b e h a n d -

lung ist allerdings gemäß §§ 179, 182 RVO. Regelleistung der Kasse. Zahnersatz ist aber m. E., wenn er auf Grund von Satzungsbestimmungen gewährt wird, als Mehrleistung im Sinne von § 187 RVO. aufzufassen und somit in vollem Umfange zu erstatten, falls er infolge Kriegsdienstbeschädigung notwendig ist.

Vielleicht dienen diese Zeilen dazu, eine allgemeine Aussprache über diese wichtige Angelegenheit herbeizuführen im Interesse der Klärung der vorliegenden verschiedenen Ansichten.

Kassensekretär Herm. Scheithauer, bei der Allg. Ortskrankenkasse für die Stadt Leipzig.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Über die Notwendigkeit örtlicher Kassenverbände

äußert sich Ministerialrat Dr. Schulz im Reichs-Arbeitsblatt (Nr. 30 von 1921 S. 1269 ff). Wir teilen daraus auszugsweise folgendes mit:

Die Notwendigkeit der Arbeitsgemeinschaften wird heute bereits allgemein anerkannt; fast überall haben sich Arbeitsgemeinschaften auf freiwilliger Grundlage gebildet. Größeren Schwierigkeiten begegnet die Gründung der örtlichen Kassenverbände. Sie werden zum Teil leidenschaftlich bekämpft. Den inneren Grund für diese Kampfansage bildet vor allem die Besorgnis, daß mittels der Verbände die Ortskrankenkassen die anderen Kassenarten verschlucken würden, und daß die Kassenverbände die Grundlage für eine Umgestaltung der Organisation der Sozialversicherung werden könnten.

Das erstgenannte Bedenken fußt zum Teil auf politischen Erwägungen, denen man im Bereiche der Sozialversicherung niemals Raum geben soll. Im übrigen läßt sich sehr wohl die Meinung vertreten, daß die vielfach betonte Gefahr der Aufsaugung der kleineren Kassen seitens der großen wesentlich durch den Kassenverband verringert werde.

Wie liegen denn heute die Dinge? Naturgemäß sind es vor allem die größeren Kassen, die bei den so überaus wichtigen Verhandlungen mit den Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken und durch soziale Einrichtungen von allgemeiner Bedeutung führend vorangehen, während die kleineren Kassen den Vorteil solcher Abmachungen sich aneignen und recht oft mit ihren sozialen Einrichtungen nachhinken. Die Folge muß sein, daß die kleineren Kassen zu Kassen zweiter Ordnung werden, die man schließlich ohne Bedauern schwinden sehen würde. Arbeiten dagegen auch die kleineren Kassen in den Kassenverbänden mit, so nehmen auch sie dadurch an den allgemeinen großen sozialen Aufgaben der Krankenversicherung teil.

Daß bei dem Gesamtumbau der Sozialversicherung die Prüfung nicht unterbleiben darf, ob der bisherige Mindestumfang einer Krankenkasse im Hinblick auf die außerordentlich erhöhten Leistungen und das damit gesteigerte Wagnis aufrechterhalten werden kann, erscheint selbstverständlich. Sind die Kassen in Verbänden vereinigt, die einen wesentlichen Teil der Gesamtausgaben tragen, so wird man vielleicht geneigt sein, eine geringere Mindestzahl von Kassenmitgliedern als ausreichend zur Tragung der Krankenlasten anzusehen, als wenn die Kasse allein auf sich selbst gestellt ist.

Wenn geltend gemacht wird, daß in den Kassenverbänden die kleineren Kassen den ihrer Gesamtzahl an Mitgliedern entsprechenden Einfluß nicht haben würden, so läßt sich dem entgegenhalten, daß der Vorstand und zweckmäßig auch der Ausschuß des Kassenverbandes von den Organen der dem Verbande angehörigen Kassen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl zu wählen sind. Natürlich wird es sich oft empfehlen, die Verwaltung des Kassenverbandes der Verwaltung der jeweils größten Kasse anzugliedern, um unnütze Verwaltungskosten zu vermeiden. Daß die Übertragung einer Reihe von Aufgaben auf den Kassenverband das Eigenleben der kleineren Kassen ersticken würde, ist im allgemeinen unzutreffend; die kleineren Kassen haben sich meist mit diesen Aufgaben überhaupt noch nicht befaßt.

Mit Leuten, welche schon wegen der Möglichkeit, daß die Kassenverbände beim Umbau der Sozialversicherung als geeignete Grundlage einer Zusammenfassung der Organisation erkannt werden könnten, die Verbände mit allen Mitteln bekämpfen, kann man sich ernsthaft nicht auseinandersetzen.

Während sich die provinziellen oder Landes-Arbeitsgemeinschaften auf freiwilliger Grundlage fast überall gebildet haben, läßt sich eine freiwillige Bildung örtlicher Kassenverbände an allen Orten nicht erwarten.

Hier muß der Gesetzgeber eingreifen. Es liegt auch bereits der „Entwurf eines Gesetzes über Errichtung von Pflichtverbänden der Krankenkassen“ vor, an dessen Verbesserung die Kreise mitarbeiten mögen, die etwa an einzelnen Vorschriften Anstoß nehmen.

Wenn man nicht zur Einheitskasse kommen will — was von sehr vielen Seiten energisch abgelehnt wird —, so muß man sich zu den Kassenverbänden bekennen. Einen anderen Weg gibt es nicht. Daß anderseits auch den Freunden einer Einheitskasse der Kassenverband erwünscht sein muß, bedarf wohl keiner näheren Darlegung. Dem Verfasser sind wenigstens aus diesen Kreisen Bedenken gegen die Kassenverbände nicht bekannt geworden; sehen doch wohl die Anhänger der Einheitskasse in dem Kassenverband den ersten Schritt zur Einheitskasse.

Schlagend wird die Notwendigkeit der Bildung örtlicher Kassenverbände durch den im September 1921 erschienenen ersten Tätigkeitsbericht des Krankenkassenverbandes für den Regierungsbezirk Aachen dargetan, dessen Inhalt hier kurz wiedergegeben werden soll.

Die im Stadt- und Landkreis Aachen tätigen 34 Krankenkassen arbeiteten bis zum Jahre 1917 ohne jede engere Fühlung miteinander. Jede einzelne dieser Krankenkassen erstrebte Abmachungen mit ihren Ärzten und mit allen sonstigen Stellen, wie es ihrer Auffassung und ihrer Vermögenslage entsprach. Einem großen Teil der Krankenkassen gelang es überhaupt nicht, zu vertraglichen Abmachungen zu kommen. Im Jahre 1917 waren beispielsweise für viele Krankenkassen die für die Zeit vom 1. Januar 1914 ab zu zahlenden Arzthonorare noch nicht vereinbart. Die Folge dieser Zersplitterung und dieser Verschiedenartigkeit in der Auffassung waren wesentliche Nachteile für die Kassenmit-

glieder, starke Schwächung der Stellung der Krankenkasse gegenüber ihren Ärzten und allen sonstigen Stellen, ein vermehrter Aufwand an Zeit und Arbeitskraft und damit eine Verminderung des Volksvermögens. Hierin hat die Gründung des Kassenverbandes Wandel geschaffen, der Ende 1919 auf den ganzen Regierungsbezirk Aachen ausgedehnt wurde.

Um den notwendigen Zusammenhang zwischen dem Verbande und seinen einzelnen Krankenkassen zu sichern, setzen sich die Vorstandsmitglieder des Verbandes aus den Vorstandsmitgliedern der einzelnen Krankenkassen zusammen. Diese organische Verbindung hat sich als glücklich erwiesen.

Die Aufgaben des Verbandes nach seiner Satzung sind folgende: 1. Beamte anzustellen und zu entlassen; 2. Verträge mit Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Apothekern und anderen Arzneimittelhändlern, sowie mit Heilanstalten und Genesungsheimen abzuschließen; 3. Abmachungen über die Lieferung von Heilmitteln und anderen Bedürfnissen der Krankenpflege vorzubereiten und abzuschließen; 4. die Kranken der Verbandskasse nach einheitlichen Grundsätzen zu überwachen; 5. eigene Heilanstalten, Genesungsheime und Kliniken zu errichten und zu betreiben; 6. die Ausgaben der Verbandskassen für die Leistungen bis zur Hälfte oder innerhalb dieser Grenze die Ausgaben für bestimmte Krankheitsarten oder Krankheitsfälle bis zur vollen Höhe zu tragen.

Der Verband hat Verträge mit allen in Betracht kommenden Stellen abgeschlossen. Ein vertrauensvolles Zusammenarbeiten im Dienste der Kranken ist insbesondere mit den Ärzten gesichert. Vertrauensärzte, Vertrauensbandagisten und Vertrauensapotheker sind angestellt. Ein eigenes Geschäftshaus, eigene Heilanstalten sind errichtet. Der Neubau eines allen Anforderungen moderner Wissenschaft entsprechenden Röntgen-, Licht- und diagnostischen Instituts ist beschlossen, der Ankauf oder die Pacht eines Badehauses in Aussicht genommen. . .

Der Bericht, der in der Tat reiches und wichtiges Material enthält und die erzielten Erfolge beleuchtet, rechtfertigt die Schlußworte:

„Die Zweckmäßigkeit der Bildung von Krankenkassenverbänden dürfte sich aus dem vorliegenden Bericht für jeden Einsichtsvollen ergeben. Zur zwingenden Notwendigkeit wird die Bildung von Pflichtverbänden, wenn man die soziale Fürsorge der Versicherungsträger mit der Wohlfahrtspflege des Staates und der Gemeinden in Verbindung bringen und ein Zusammenarbeiten all dieser Stellen erzielen will, das die Not der Stunde gebieterisch erheischt. Der Krankenkassenverband wird dann den örtlichen Unterbau für die Neueinrichtung der sozialen Fürsorge der Versicherungsträger bilden können. Will man ihn hierzu schaffen, dann dürfte sein Aufgabenkreis nicht schwer zu bestimmen sein. Wir geben der Hoffnung Ausdruck, daß es der Reichsregierung gelingen möge, ihrem dem Reichsrat vorgelegten Gesetzentwurf über die Bildung von Pflichtverbänden baldigst Gesetzeskraft geben zu können."

Das Verfahren in Versorgungssachen.

Der Reichstag hat am 17. Dezember 1921 das Gesetz über das Verfahren in Versorgungssachen verabschiedet, das am 1. Februar 1922 in Kraft tritt. Nachdem die den Versorgungsberechtigten zustehenden Leistungen (durch das Reichsversorgungsgesetz vom 2. Mai 1920 und das Altrentnergesetz vom 18. Juli 1921) neu geregelt sind, befaßt sich dieses Gesetz mit dem Aufbau der zur Durchführung der genannten und der früheren Militärversorgungsgesetze berufenen Behörden und dem einzuhaltenden Verfahren. Es zeigt den Weg, auf dem der Versorgungsberechtigte in den Genuß seiner Gebührnisse gelangt. Große Schwierigkeiten entstanden bisher sowohl für die Behörden als auch für den Berechtigten, der sich über die zu unternehmenden Schritte unterrichten wollte, daraus, daß die maßgebenden Vorschriften infolge der schrittweise erfolgten Umgestaltung der Behörden und des Verfahrens in zahlreichen Gesetzen, Verordnungen usw., verstreut waren. Das jetzt ergangene Gesetz ist eingehend mit den Verbänden der Versorgungsberechtigten beraten worden, die freilich nicht in allen Punkten zustimmten. Es behält von den bisher ergangenen Vorschriften das Wesentliche bei und führt die Änderungen ein, die sich als wünschenswert herausgestellt hatten.

Die Versorgungsbehörden zerfallen, wie bisher, in die Verwaltungsbehörden (Versorgungsämter und Hauptversorgungsämter) und die Spruchbehörden (Versorgungsgerichte und Reichsversorgungsgericht). An Änderungen gegenüber dem bisherigen Zustand ist vor allem die Verkleinerung der Kammern der Versorgungsgerichte von fünf auf drei Mitglieder und der Senate des Reichsversorgungsgerichts von sieben auf fünf Mitglieder hervorzuheben. Außer dem Vorsitzenden (Mitglied des Oberversicherungsamts bezw. des jetzt vom Reichsversicherungsamt getrennten Reichsversorgungsgerichts) wirken mit „eine in der sozialen Fürsorge erfahrene, mit dem Versorgungswesen vertraute Person" und ein Versorgungsberechtigter, und zwar in Hinterbliebenensachen möglichst eine Frau. Beim Reichsversorgungsgericht treten hierzu ein weiteres Mitglied des Reichsversorgungsgerichts und ein richterliches Mitglied eines ordentlichen Gerichts. Das Reichsversorgungsgericht ist künftig vom Reichsversicherungsamt bis auf die Spitze, den gemeinsamen Präsidenten, vollständig getrennt. Bedeutungsvoll ist, daß bei der Vergütung der Beisitzer aus dem Kreise der Versorgungsberechtigten künftig auch der entgangene Arbeitsverdienst berücksichtigt wird.

Im Verwaltungsverfahren entscheidet — abgesehen von wenigen, dem Hauptversorgungsamt vorbehaltenen Sonderfällen — stets das Versorgungsamt. Dem Berechtigten ist die persönliche und mündliche Wahrnehmung seiner Rechte wesentlich erleichtert. Gegen die Entscheidung des Versorgungsamts ist nicht der Einspruch an das Hauptversorgungsamt, sondern der Einfachheit halber sofort die Berufung an das Versorgungsgericht gegeben, vorausgesetzt, daß es sich nicht um Leistungen handelt, deren Gewährung nach dem Gesetz in das pflichtgemäße Ermessen der Verwaltungsbehörde gestellt ist („Kannbezüge"). Das Spruchverfahren ist wie bisher dem Verfahren der Reichsversicherung nachgebildet, aber in wesentlichen Punkten vereinfacht. Die Entscheidungen ergehen zwar in der Regel auf Grund mündlicher und öffentlicher Verhandlung; es ist jedoch in allen Fällen auch Zurückweisung unbegründeter Rechtsmittel durch eine mit Gründen versehene Verfügung des Vorsitzenden möglich, gegen die in allen Fällen die Entscheidung des Gerichts angerufen werden kann. Die Zulässigkeit des Rekurses in minder wichtigen Fällen ist gegen früher eingeschränkt, um Raum für die wichtigeren Sachen zu gewinnen. In Bayern entscheidet bis auf wei-

teres an Stelle des Reichsversorgungsgerichts das bayerische Landesversorgungsgericht.

Der Erlaß von Ausführungsbestimmungen ist dem Reichsarbeitsminister und für einzelne Angelegenheiten der obersten Landesverwaltungsbehörde, der die Versorgungsgerichte durch ihre Angliederung an die Oberversicherungsämter unterstehen, vorbehalten. Es ist zu wünschen, daß die bei den Beratungen vom Reichsarbeitsminister ausgesprochene Hoffnung, mit Hilfe der neuen Vorschriften das Verfahren zu beschleunigen und eine Aufarbeitung der Rückstände zu ermöglichen, bald in Erfüllung geht.

Vergleich der sozialen Versicherung Deutschlands und der Polens *).

Polen ist ein neuer Staat, der seine Auferstehung dem Weltkrieg verdankt. In drei Teile zerrissen, lebte jeder Teil sein eigenes Leben. Der soziale Fortschritt war in den drei Teilen Polens sehr verschieden; im deutschen Teil stark entwickelt, war er im österreichischen Teil etwas zurückgeblieben, aber noch immerhin beachtenswert, dafür aber im russischen Teil gänzlich vernachlässigt. Erst kurz vor Kriegsausbruch wurde in Rußland die Krankenversicherung der Arbeiter eingeführt, in der Form von Betriebskrankenkassen. Statt nun die Zurückgebliebenheit durch diese geschichtlichen Verhältnisse zu erklären, scheint es, daß man in Polen in der Sozialversicherung schon weiter sein will als in Deutschland.

Zu dieser Übertreibung scheint der Kampf um Oberschlesien den Anlaß gegeben zu haben. Man wollte den Arbeitern zeigen, daß sie keinen Grund haben, die Zugehörigkeit zu Polen zu fürchten, da dieses in bezug auf die Sozialversicherung weiter sei als Deutschland.

In der „Ortskrankenkasse" zieht nun J. Eckert einen Vergleich der Sozialversicherung in beiden Ländern, woraus hervorgeht, daß Polen noch sehr weit davon entfernt ist, seine Sozialversicherung mit der Deutschlands vergleichen zu können. Die deutsche Sozialversicherung umfaßt die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie die Angestelltenversicherung, ferner die Versicherung für sämtliche Angehörige der Arbeitnehmerklasse mit der besonders geregelten Fürsorge für minderbemittelte deutsche Wöchnerinnen, der Krankenfürsorge für Erwerbslose, der Kranken- und Heilbehandlungsfürsorge für die Kriegsbeschädigten, die Unfallfürsorge für die Kriegsbeschädigten, die Unfallfürsorge für Gefangene, die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes infolge von Betriebsunfällen, die Fürsorge für bestimmte Gewerbekrankheiten, in Todesfällen, die Schwerbeschädigtenfürsorge, die Fürsorge für die Altrentner.

Die polnische Sozialversicherung dagegen hat bisher nur die Krankenversicherung durch ein besonderes Gesetz vom 19. Mai 1920 geregelt. Nichts ist bekanntgeworden über eine gesetzliche Regelung der sozialen Unfallversicherung, nichts über die Regelung der sozialen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, nichts über eine gesetzliche soziale Angestelltenversicherung! Zuverlässigen Feststellungen entzieht sich die Frage, inwieweit Polen die Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie die Angestelltenversicherung in den an sie abgetretenen früheren deutschen und österreichischen Gebieten auf Grund der vordem in diesen Gebieten bereits in Kraft gewesenen sozialen Versicherungsgesetze tatsächlich weiterführt.

Was speziell die Krankenversicherung anbetrifft, von der die Polen viel Gutes zu berichten wissen, so ist das Gesetz mit dem 9. Juni 1920 formell in Kraft getreten, aber mit der Einschränkung, daß seine Wirksamkeit das gesamte Gebiet Polens erst im Jahre 1923 umfassen soll. Es ist demnach anzunehmen, daß in dem früher preußischen und österreichischen Teil Polens die Krankenversicherung aus Überlieferung weitergeführt wird, während sie in Kongreßpolen erst drei Jahre später durchgeführt werden soll. Vorläufig steht die Krankenversicherung im größten Teil des neuen Reiches noch auf dem Papier. Das ist auch begreiflich. Die Krankenversicherung bedarf einer langjährigen Entwicklung, wenn sie sozial wirken soll, eine Voraussetzung, die in Polen fehlt. Weder die Unternehmer noch die Arbeiter noch auch die Behörden haben die erforderliche Organisation für die praktische Durchführung der Sozialversicherung. Wenn man bedenkt, daß in Deutschland wie auch in Österreich ein Menschenalter verging, bis die Organisation der Sozialversicherung ausgebaut war, so wird man sich in Polen nicht einbilden, daß eine solche Organisation im Handumdrehen geschaffen werden kann. Zuerst muß die Arbeiterschaft organisatorisch geschult sein, dann wird sie von selbst die Kräfte hervorbringen, die die Sozialversicherung erheischt.

Bis jetzt ist noch nichts bekanntgeworden über die Leistungen der polnischen Krankenversicherung, erst wenn dies geschehen ist, wird man sich darüber ein ungefähres Urteil bilden können.

Aber so viel kann heute schon gesagt werden, daß in der Politik und in nationalen Fragen große Worte am Platze sein mögen, in Fragen der Sozialpolitik werden Leistungen verlangt. Unverdrossene jahrelange Arbeit muß geleistet werden, um etwas Praktisches für die arbeitende Bevölkerung hervorzubringen. Die polnische Regierung möge diese Arbeit zuerst organisieren, indem sie die in der deutschen und österreichischen Sozialversicherung geschulten Kräfte zur Betätigung heranzieht, dann wird sie in etwa einem Menschenalter sich vielleicht mit Deutschland vergleichen dürfen. Aber schon jetzt, bevor noch etwas Brauchbares geschehen konnte, zu behaupten, daß man Deutschland überflügelt habe, ist eine Übertreibung, die an Geschmacklosigkeit grenzt.

---

*) Aus Nr. 24 der Wiener Zeitschrift „Arbeiterschutz" v. 15. 12. 21.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Versicherungspflicht einer Frau, die in wilder Ehe das Hauswesen besorgt.

1. **Nach Bonn.** Antwort: Der Arbeiter lebt seit Jahren in wilder Ehe mit der Wöchnerin, beabsichtigt sie zu heiraten und ist daran bisher nur durch den Umstand gehindert, daß seine Ehe noch nicht geschieden ist. Aus der Ehe sind zwei Kinder und aus der ungesetzlichen Verbindung gleichfalls zwei Kinder hervorgegangen, von denen eines gestorben ist. Die Wöchnerin führt dem Arbeiter den Haushalt wie eine Ehefrau, versorgt die Kinder und empfängt wöchentlich seinen Arbeitsverdienst, um die Hauswirtschaft bestreiten zu können. Legt man diesen aus den vorliegenden Angaben zu entnehmenden Sachverhalt zugrunde, so ist unbedenklich Versicherungspflicht der Wöchnerin seit Bestehen des Verhältnisses anzunehmen. Versicherungsfreiheit aus § 159 RVO. kommt selbstverständlich nicht in Frage, weil diese Vorschrift eine gesetzliche Ehe voraussetzt, ein nur eheähnliches Verhältnis also keinesfalls genügt. Das Zusammenleben in eheähnlicher Weise ist überdies im vorliegenden Falle, wegen der noch bestehenden rechtmäßigen Ehe, gesetz- und sittenwidrig. Diese Seite des Verhältnisses darf daher überhaupt nicht in Betracht gezogen werden. — Dann aber bleibt nur ein Beschäftigungsverhältnis übrig, auf Grund dessen die Wöchnerin dem Arbeiter die Dienste einer Wirtschafterin leistet und dafür von ihm Unterhalt empfängt. In diesem Verhältnisse ist sie persönlich und wirtschaftlich von dem Arbeiter — als ihrem Arbeitgeber — abhängig, da ihr eben nicht die freie Stellung im Hauswesen, wie einer Ehefrau, zukommt (zu vgl. §§ 1356 ff BGB.), der Mann ihr vielmehr jederzeit bindende Anweisungen in dieser Richtung erteilen kann. Hieraus ergibt sich, daß das Beschäftigungsverhältnis nach § 165 RVO. versicherungspflichtig ist.

Vorgängige Versicherung bei einer im abgetretenen Gebiete liegenden Krankenkasse genügt nicht zur Begründung des Anspruchs auf Familienhilfe.

2. **Nach Niederbarnim.** Antwort: Der Anspruch auf Familienwochenhilfe setzt nach § 205a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. voraus, daß die Versicherten im letzten Jahre vor der Niederkunft der Angehörigen mindestens sechs Monate auf Grund der Reichsversicherung (oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse) gegen Krankheit versichert waren. Danach kommt nur die Versicherung bei einer deutschen Krankenkasse in Betracht. Die Zeit also, während welcher der Versicherte einer Krankenkasse angehörte, die in dem damals bereits an Polen abgetretenen Gebiete liegt, kann nicht als Versicherungszeit im Sinne des § 205 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. gelten. Die Verordnung über aushilfsweise Zuständigkeit von Trägern und Behörden der Reichsversicherung v. 16. 2. 20 (RGBl. S. 239, ArbVers. S. 147) greift hier nicht ein. Die §§ 5, 6 dieser Verordnung betreffen nur die Geltendmachung von Ansprüchen aus der Krankenversicherung gegen eine Krankenkasse innerhalb jener Gebietsteile und die Ausübung der Versicherungsberechtigung bei einer Krankenkasse. Weder das eine noch das andere liegt hier vor. Der Anspruch muß also abgelehnt werden.

Rechtshilfepflicht der Gendarmerie gegenüber einer Krankenkasse?

3. **Nach D.** Antwort: Auf Grund des § 115 RVO. kann eine Behörde selbstverständlich nur um solche Rechtshilfehandlungen ersucht werden, deren Vornahme überhaupt in ihren örtlichen und sachlichen Aufgabenbereich fällt. Die Aufgabe der Gendarmerie ist aber im allgemeinen polizeilicher Art; sie hat für Ordnung, Ruhe und Sicherheit im Lande zu sorgen (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 526 Ziff. 4). In diesen Aufgabenbereich fällt es nicht, „durch Einsichtnahme der Lohnbücher das tatsächliche Einkommen (Versicherter) vor und nach dem Unterstützungsfall" festzustellen. Mit Recht ist ein dahin gehendes Ersuchen der Krankenkasse abgelehnt worden, zumal wenn die Dienstvorschrift ausdrücklich besagt, daß die Gendarmerie zu Diensten, die mit ihren eigentlichen Aufgaben nicht zusammenhängen, nicht herangezogen werden darf.

Berechnung des Ersatzes für die zu Unrecht gewährte Kassenleistung.

4. **Nach Düsseldorf-Rath.** Antwort: a) Der Betrag von ³/₈ des Grundlohnes als Ersatz für Krankenpflege gilt nur in den in der RVO. ausdrücklich vorgesehenen Fällen. Dazu gehört nicht der Fall, daß eine Kasse von einer anderen Ersatz für zu Unrecht gewährte Leistungen fordert (§ 224 Ziff. 2 RVO.). In solchen Fällen muß der tatsächliche Aufwand nachgewiesen werden. Wenn die Ersatz fordernde Kasse für die ärztliche Behandlung besondere Aufwendungen im Einzelfalle deshalb nicht nachweisen kann, weil sie den Ärzten eine Gesamtpauschale zahlt, so bleibt nichts anderes übrig, als daß sie auf Grund einer Durchschnittsberechnung darlegt, wieviel danach auf je einen Krankheitstag entfällt. Danach wird man billigerweise den Ersatzanspruch bemessen und zubilligen müssen.

b) Zu vgl. Entsch. des Reichswirtschaftsgerichts v. 21. 5. 21 (ArbVers. 1921 S. 633.)

Voraussetzungen des Anspruchs auf Familienhilfe und des Ersatzanspruchs des Armenverbandes gegen die Krankenkasse.

5. **Nach L.** Antwort: a) Nach § 205 b Ziff. 1 RVO. kann die Satzung zubilligen: „Krankenpflege an solche Familienangehörige der Versicherten, welche darauf nicht anderweit nach diesem Gesetz Anspruch haben." Den Kreis der berechtigten Angehörigen zu umschreiben, ist Sache der Satzung. Beschränkt sie sich darauf zu sagen, daß Krankenpflege für die im Haushalt des Versicherten lebenden „Familienangehörigen" gewährt wird, so sind darunter alle Personen zu verstehen, die in einem anerkannten Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsver-

hältnisse zum Versicherten stehen. Dazu gehört auch der Stiefvater des Versicherten (§ 1590 BGB.). Der Anspruch ist also begründet. Denn daß der Stiefvater sich selbst versichern konnte, ist ohne Belang, wenn er tatsächlich nicht versichert war, also nicht einen eigenen Anspruch auf Krankenpflege hatte.

b) Wenn das Kind des Versicherten im Wege der Armenpflege auf Veranlassung des Wohlfahrtsamtes in die Krüppel-Pflegeanstalt untergebracht war, so sind die Kosten dafür von der Kasse nur unter den Voraussetzungen und in den Grenzen der §§ 1531 ff. RVO. zu ersetzen. Voraussetzung ist vor allem, daß der Versicherte, der Vater des Kindes, der für seinen Unterhalt zu sorgen hat, hilfsbedürftig war. Das ist nicht der Fall, wenn dem Vater Anspruch auf Familienhilfe für das Kind gegen die Kasse zustand und die Kasse zur Gewährung der nach den Umständen des Falles erforderlichen Krankenpflege bereit gewesen wäre. Wenn die Unterbringung nicht dringlich war, so mußte dies zunächst durch Anfrage bei der Kasse festgestellt werden. Ist dies unterblieben, so ist der Ersatzanspruch abzulehnen.

a) Beginn der Pflichtmitgliedschaft. b) Begriff der Niederkunft.

6. **Nach Ludwigshafen (Rh.).** Frage: a) In unserer Fabrik werden häufig Arbeiter Samstags vormittags eingestellt, welche teils mit, teils ohne Einverständnis der Betriebsführer, denen sie zugeteilt werden, die Arbeit erst am Montag früh aufnehmen. Wann beginnt für diese Beschäftigten das Versicherungsverhältnis zur Krankenkasse, und von wann ab sind Beiträge zu zahlen? b) Ist die Geburt einer 5 Monate alten Frucht, die nach ärztlicher Bescheinigung ¼ Stunde gelebt hat, als Niederkunft im Sinne des Wochenhilfegesetzes zu betrachten und sind die Leistungen dieses Gesetzes, d. h. der einmalige Entbindungsbeitrag und Wochengeld, zu gewähren?

Antwort: a) Das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis und folglich die Kassenmitgliedschaft beginnt mit dem Zeitpunkte, in dem der Arbeiter tatsächlich die Arbeit antritt oder doch sich zur Verfügung des Arbeitgebers bereitzuhalten hat (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 21, 22 zu § 165 RVO.). Nach Ihrer Angabe fassen wir die Sachlage so auf, daß die Arbeiter zwar am Sonnabend sich melden und angenommen werden, aber erst vom Montag — dem Beginne der Arbeitswoche — an sich dienstbereit zu halten haben. Erst mit diesem Tage also beginnt die Mitgliedschaft und folglich auch die Beitragspflicht.

b) Die Geburt eines lebenden, wenngleich nicht lebensfähigen Kindes stellt immer eine Niederkunft im Sinne des § 195a RVO. dar und begründet den Anspruch auf Kassenleistungen nach dieser Vorschrift (zu vgl. Bescheid des preuß. Min. des Innern in ArbVers. 1916 S. 369).

Schwangerschaft beim freiwilligen Beitritt zur Kasse.

7. **Nach Rathenow.** Antwort: Nur eine „Erkrankung", die beim freiwilligen Beitritt bereits besteht, begründet für diese „Krankheit" keinen Anspruch auf Kassenleistung (§ 310 Abs. 2 RVO.); und ebenso kann die Kasse nur den Beitritt „Erkrankter" und solcher Personen, für die das „Gesundheits"-Zeugnis nicht genügt, zurückweisen (Abs. 3). Schwangerschaft also rechtfertigt weder die Versagung von Kassenleistungen, noch die Zurückweisung des Beitritts (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 199). Die Kasse kann auch den Arzt, der das Vorliegen der Schwangerschaft ausdrücklich verneint hatte, nicht auf Ersatz der Leistungen in Anspruch nehmen, weil eben, auch wenn der Arzt die — offenbar noch nicht weit vorgeschrittene — Schwangerschaft erkannt und festgestellt hätte, die Kasse dennoch nicht befugt gewesen wäre, die Aufnahme abzulehnen.

Dauer des Anspruchs auf Familienhilfe.

8. **Nach H.** Antwort: Es ist ein anerkannter Rechtsgrundsatz, daß der Anspruch auf Kassenleistungen im vollen gesetzlichen oder satzungsmäßigen Umfange mit dem Zeitpunkt entsteht, in welchem der Versicherungsfall eintritt. Dieser Rechtssatz muß entsprechend auch bei der Familienhilfe nach § 205 b RVO. gelten. So dauert z. B. der Anspruch auf Krankenpflege für Familienangehörige des Versicherten während der gesetz- oder satzungsmäßigen Leistungsdauer fort, wenn der Versicherte nach Eintritt des Versicherungsfalles aus der Kassenmitgliedschaft ausscheidet, es sei denn, daß die Satzung anders bestimmt (zu vgl. ArbVers. 1909 S. 740 Ziff. 12). Demgemäß fällt der Anspruch auch nicht dadurch fort, daß die im Zeitpunkt der Erkrankung gegebene satzungsmäßige Voraussetzung nachträglich wegfällt. Sieht also die Satzung vor, daß für erkrankte Kinder unter 14 Jahren bei Anstaltspflege ein Zuschuß von 10 M. für jeden Tag gezahlt wird, so ist der Zuschuß weiter zu gewähren, wenn das Kind erst nach der Erkrankung, aber vor Ablauf der Unterstützungsdauer das 14. Lebensjahr vollendet.

Verhältnis von Krankenhilfe und Unfallentschädigung, wenn der Verletzte eine weitere Verletzung unabhängig vom Unfall erleidet.

9. **Nach Berlin.** Frage: Ein Kassenmitglied wird durch Betriebsunfall verletzt, bis zum Ablauf der 13. Krankheitswoche von der Krankenkasse unterstützt, von da ab in volle Fürsorge der Unfallberufsgenossenschaft übernommen. In der 6. Woche dieser Fürsorge wird das Mitglied von unbekannter Hand in den Fuß geschossen und deshalb in ein Krankenhaus gebracht. Ist die Kassenmitgliedschaft mit Ablauf der 13. Krankheitswoche erloschen, so daß die Krankenkasse die Kurkosten für die Schußverletzung nicht zu tragen hat? Die Unfallberufsgenossenschaft will die Kosten auch nicht bezahlen, weil die Schußverletzung keine Betriebsunfallfolge ist.

Antwort: Die Berufsgenossenschaft ist im Recht. Die Leistungspflicht der Kasse während der gesetz- oder satzungsmäßigen Unterstützungszeit wird nach § 1501 RVO. dadurch nicht berührt, daß vom Beginne der 13. Woche nach dem Unfall die Berufsgenossenschaft zum Schadenersatz verpflichtet ist. Die Kasse kann nur auf ihre Leistungen die auf die gleiche Zeit entfallende Unfallentschädigung nach Maßgabe des § 1510 RVO. anrechnen. Für die vom Unfall unabhängigen Folgen der Schußverletzung hat aber die Berufsgenossenschaft nicht aufzukommen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1342 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. Februar 1922 | Heft 4

Nachtrag zur österreichischen Sozialversicherung*).

Von Dr. Zacher-Berlin.

Der im Heft 1 S. 1 ff. behandelte Gesetzentwurf zur Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter und Angestellten war nach seiner Fertigstellung zunächst der öffentlichen Kritik unterbreitet worden, um deren Ergebnisse für die Vorlage an das Parlament noch zu verwerten. Während die Kammern für Arbeiter und Angestellte, die Vertreter der Hauptorganisationen der Krankenkassen und die organisierte Ärzteschaft dem Entwurf im wesentlichen zustimmten, hatte die Unternehmerschaft in einer Entschließung der Kammern für Handel, Gewerbe und Industrie vom 19. Oktober 1921 eine ablehnende Stellung eingenommen; sie hielt im Hinblick auf die völlig ungeordneten Wirtschafts- und Währungsverhältnisse den gegenwärtigen Zeitpunkt für eine solche, wenn auch an sich wünschenswerte Gesetzgebung für ungeeignet und verlangte für eine allfällige künftige Gesetzgebung vor allem die möglichste Angleichung der einheimischen Versicherungseinrichtungen an diejenigen des Deutschen Reiches, insbesondere die Zusammenlegung aller Rentenversicherungen (Invaliditäts-, Alters-, Unfall- und Pensionsversicherung) in einem einheitlichen Sozialversicherungsgesetz mit einer gemeinsamen Hauptanstalt bei vorläufiger Ersetzung des Kapitaldeckungsverfahrens durch das Umlageverfahren (solange eine Stabilität des Geldwertes nicht erreicht sei). Auch die Träger der Arbeiter-Unfallversicherung befürworteten eine Zusammenfassung der Unfall- und Pensionsversicherung mit der Invaliditäts- und Altersversicherung und boten sich selbst als Träger dieser Gesamtversicherung an, wobei die Einheitskrankenkasse als Lokalorgan gedacht war.

Zu diesen Kritiken hat die Bundesregierung bei Vorlage des Gesetzentwurfs an den Nationalrat (Mitte Dezember 1921) in kurzen Nachträgen zur Begründung und zum Technischen Bericht des ersten Entwurfs wie folgt Stellung genommen.

Dem Einwand, daß der gegenwärtige Zeitpunkt für die Einbringung der seit 30 Jahren verlangten Vorlage nicht geeignet sei, wird damit begegnet, daß die Invaliditäts- und Altersversicherung, wie schon in der Begründung zum 1. Entwurf hervorgehoben, frühestens 1½ Jahre nach der Neuorganisation der Krankenversicherung, also kaum vor dem 1. Januar 1924 ins Leben treten könne, und daß diese Zwischenzeit zweckmäßig für die parlamentarischen Vorarbeiten auszunutzen sei. Dem Verlangen nach tunlichster Anpassung an die deutsche Gesetzgebung sei aber im 1. Entwurf im

*) Vgl. Heft 1 S. 1 ff. — Wir glauben darauf aufmerksam machen zu sollen, daß der vorliegende Nachtrag, wegen der mehrfachen Hinweise auf die deutsche Gesetzgebung und wegen der Stellungnahme zu ihr, das besondere Interesse der deutschen Sozialpolitiker beanspruchen darf.

(Schriftleitung.)

wesentlichen schon entsprochen, jedoch habe er sich in zwei Dingen davon bewußt ferngehalten: vom deutschen Finanzsystem und von der Organisation des Versicherungsträgers.

In Deutschland habe bis zum Gesetz vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 984)*) das Anwartschaftsdeckungsverfahren, das am stärksten kapitalbildende unter den Finanzsystemen, geherrscht, und dieser Nachteil sei, von österreichischen Verhältnissen aus gesehen, nicht der einzige gegenüber der in der Vorlage vorgeschlagenen Lösung. Der Träger der Invaliden- und Angestelltenversicherung sei in Deutschland in 31 territorialen Landesversicherungsanstalten dezentralisiert. Hauptsächlich infolge der ungleichen Schichtung der bei den einzelnen Anstalten Versicherten hätten die Anstalten eine so verschiedenartige finanzielle Entwicklung genommen, daß das erwähnte Gesetz vom 23. Juli 1921 gezwungen war, eine weitgehende Gemeinbürgschaft aller Versicherungsträger zu schaffen. Diesem Auskunftsmittel könne ein Erfolg nur beschieden sein, weil sich bei den einzelnen Landesversicherungsanstalten im Verlauf der 30 Jahre ihres Bestandes unter der Herrschaft der Einzelwirtschaft eine traditionelle gleichmäßige Rentenspruchpraxis entwickelt und eingelebt habe, die zusammen mit der von der Autorität des Reichsversicherungsamts getragenen Inspektionstätigkeit auf dem Gebiete der Rentenbemessung die Besorgnis, es könnte nunmehr ein Wirtschaften auf Kosten des Ganzen einreißen, herabminderte. Hier jedoch (in Österreich), wo der Versicherungsträger neu zu errichten sei, und jede praktische Erfahrung auf dem Gebiete des Rentenzuspruchs unter Zugrundelegung des in der österreichischen Sozialversicherung neuen Invaliditätsbegriffes fehle, wäre es im höchsten Grade bedenklich, eine Dezentralisierung der Versicherung in dieser Richtung zuzulassen. Damit sei auch die von den Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten gegebene Anregung abzulehnen, sie zu Trägern der J. u. A. V. zu machen und die über ihnen stehende Zentralanstalt etwa nur als Fondsverwaltung und Abrechnungsstelle einzurichten. — Was aber die Forderung nach zusammenfassender Regelung aller Versicherungszweige in einem Gesetzeswerk betreffe, so würde die Erfüllung dieses Wunsches im gegenwärtigen Zeitpunkt eine derartige Zusammenhäufung von Schwierigkeiten darstellen, daß dies gleichbedeutend mit dem momentanen Stillstand jedes Fortschrittes auf diesem Gebiete sein müßte. Nur einem späteren Zeitpunkt könnte es vorbehalten sein, bis die Entwicklung zum Abschluß gekommen und die Neuregelung erprobt sein werde, die einzelnen Gesetze in eins zusammenzufassen und ihnen nach Art des deutschen Vorbildes die gemeinsamen Vorschriften voranzustellen. Insbesondere gelte dies gegenüber dem Vorschlage, alle Rentenversicherungszweige (Invaliditäts- und Altersversicherung, Unfall- und Pensionsversicherung) organisatorisch zusammenzulegen und von einer gemeinsamen Stelle durchzuführen, denn die Vorarbeiten der Fachleute in den Nachbarstaaten, so auch ein neuerlicher Bericht des Ministeriums für soziale Fürsorge in Prag, hätten zu dem gemeinsamen Ergebnis geführt, daß die Besonderheiten der einzelnen Versicherungszweige auch weiterhin ihre gesonderte Behandlung, ihr Nebeneinanderstehen erfordern, daß es eine Täuschung sei, die völlige Zusammenlegung würde eine bedeutende Ersparnis von Verwaltungskosten mit sich bringen, und daß die großen fachlichen Nachteile einer solchen Zusammenlegung die bestenfalls zu erhoffenden materiellen Vorteile vollends in den Hintergrund drängen. Auch die Übertragung der J. u. A. V. auf die Unfallversicherungsanstalten ohne örtlichen Unterbau wird als unzweckmäßig abgelehnt, da die neue Versicherung besonders darauf Bedacht zu nehmen habe, einerseits die gewährleisteten Rentenansprüche der Berechtigten bei Eintritt des Versicherungsfalles schnell und in gerechter Weise zu befriedigen, anderseits aber mit den zu Gebote stehenden Mitteln ein

* ArbVers. 1921 S. 470.

möglichst wirksames, den Bedürfnissen der Gesundheitspflege der Versicherten im Einzelfalle wie in ihrer Gesamtheit entsprechendes System der Heilfürsorge herauszubilden.

Im Nachtrag zum Technischen Bericht wird darauf hingewiesen, daß dieser nur in den ziffernmäßigen Ansätzen über Lohnhöhe, Versicherungsleistungen und Beiträge von den Angaben der ersten Vorlage abweicht, und daß diese Änderungen durch die inzwischen in Kraft getretene VIII. Novelle zum Krankenversicherungsgesetze (vgl. S. 62), die eine dem sinkenden Geldwert angemessene Erweiterung der in die Versicherung einzubeziehenden Lohnbezüge gebracht habe, notwendig geworden seien. Gegenüber dem technischen Aufbau des Gesetzentwurfs habe namentlich die Unternehmerschaft an Stelle des Kapitaldeckungsverfahrens die Anwendung des Umlageverfahrens (Aufwandsdeckungsverfahrens) gefordert, da die außergewöhnlichen und zum Teil ungesunden Verhältnisse des Wirtschaftslebens, sowie die Ungewißheit über die Zukunft Österreichs nur das unerläßliche Mindestmaß an Opfern rechtfertige. Dieser Sachlage suche die Regierung im vorliegenden Entwurfe dadurch gerecht zu werden, daß in Abänderung des ursprünglich in Aussicht genommenen Finanzsystems, bei dem die fällig werdenden Rentenleistungen zur Gänze kapitalistisch zu bedecken waren, nunmehr nur drei Fünftel der Jahresbeträge der in einem bestimmten Zeitabschnitte fällig werdenden Renten kapitalistisch, die den gleichen Zeitabschnitt betreffenden kapitalistisch nicht gedeckten Rentenleistungen sowie die sonstigen Aufwendungen der Versicherungsanstalt, einschließlich der Verwaltungskosten, hingegen nach dem Umlageverfahren gedeckt werden sollen. Wenn auch die Anwendung eines solchen gemischten Finanzsystems vom fachtechnischen Standpunkt aus nicht zu begrüßen sei, so erwiesen sich im vorliegenden Falle unabweisliche Forderungen des praktischen Lebens doch stärker als theoretische Erwägungen. Der gleiche Weg sei übrigens schon in der Pensionsversicherung bei der dritten Novellierung dieses Gesetzes beschritten, und eine ähnliche Konstruktion habe kürzlich auch in der deutschen Invalidenversicherung Eingang gefunden, indem das gegenwärtig dort angewandte Finanzsystem nur hinsichtlich der eigentlichen Renten an der kapitalistischen Bedeckung festhalte, die Erhöhungen zu den Renten aber nach dem Umlageverfahren aufbringe. Sachlich lasse sich das neugewählte Finanzsystem durch die Auffassung begründen, daß die kapitalistisch nicht bedeckten Rentenbeträge, gleichwie dies für Teuerungszulagen gelte, als abbaufähiger Teil der Rente betrachtet werden könnten; bei Gewährung von Teuerungszulagen aber, die neue, vorübergehende Maßnahmen darstellen, sei die Bedeckung der Kosten durch Umlage üblich.

Bei dem technischen Aufbau nach der Regierungsvorlage beständen im Grunde genommen zwei Finanzsysteme unabhängig nebeneinander. Dies gestatte die gesonderte Errechnung des durchschnittlichen Beitragserfordernisses innerhalb des Anwendungsbereiches jedes der beiden in Betracht kommenden Finanzsysteme. Die Zusammenfassung beider Erfordernissätze führe dann zum durchschnittlichen Gesamtbeitrage. Indem hiernach der Kapitaldeckungsbeitrag auf 2,93 und der Umlagebeitrag auf 1,61 v. H. des versicherten Jahresarbeitsverdienstes, mithin der Gesamtbeitrag auf 4,54 Lohnprozente berechnet wird, ist der Versicherungsbeitrag (in § 75 des Entwurfes) nunmehr auf 5 (gegen früher 6) v. H. des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes der Beitragsperiode (bis Ende 1930) festgesetzt worden. Da ferner die Invaliditäts- und Altersrente (in § 18 a. a. O.) nunmehr auf das Vierfache (gegen früher Dreieindrittelfache) aller Beiträge des Bemessungszeitraumes (letzte 104 Kalenderwochen), bei gleichzeitiger Erhöhung ihres Mindestbetrages auf 4800 (gegen früher 1200) Kronen jährlich, festgesetzt ist, so ergibt dies wie früher eine Versicherungsleistung von 40 v. H. des Arbeitsverdienstes ($5 \times 2 \times 4 = 40$ v. H. gegen früher $6 \times 2 \times 3\frac{1}{3} = 40$ v. H.). Das ziffernmäßige Verhältnis der übrigen Versiche-

rungsleistungen der Invaliditätsrente ist unberührt geblieben.

Abgesehen von einigen sonstigen geringfügigen Änderungen ist der Text des gegenwärtig vorliegenden Gesetzentwurfs gleichbedeutend mit dem des ersten Entwurfs.

Die Kapitalabfindung bei Unfallrenten.

Von Oberverwaltungssekretär W. Reitzel in Holtenau.

Die zahlreichen Anträge und Anfragen, die von Unfallrentenempfängern wegen Ablösung der monatlichen Unfallrenten durch eine einmalige Kapitalabfindung bei den Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden gestellt werden, lassen erkennen, daß von der Kapitalabfindung von den Beteiligten im allgemeinen gern Gebrauch gemacht wird, daß die hierüber bestehenden gesetzlichen Bestimmungen den Beteiligten jedoch vielfach noch unbekannt sind.

Die ersten Unfallversicherungsgesetze haben eine Abfindung unfallverletzter Inländer nicht gekannt, sondern nur eine solche bei Ausländern und deren Hinterbliebenen sowie bei Witwenrenten im Falle der Wiederverheiratung der Witwe. Erst mit dem Unfallversicherungsgesetz von 1900 wird die Abfindung kleinerer Renten von Inländern bei Renten bis zum Betrage von 15 v. H. der Vollrente zugelassen. Die jetzt gültige Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 hat das Recht zur Abfindung erweitert, und zwar ist die Grenze für die Zulässigkeit der Abfindung der Verletzten für kleinere Renten für Inländer gemäß § 616 RVO. von 15 auf 20 v. H der vollen Rente heraufgesetzt worden. Voraussetzung für die Bewilligung einer Kapitalabfindung ist heute also, daß der Unfallverletzte eine Unfallrente von 20 v. H. oder weniger der Vollrente bezieht. Sobald die bewilligte Rente mehr als 20 v. H. der Vollrente beträgt, ist gesetzlich eine Kapitalabfindung unzulässig*). Eine Abfindung ist dagegen in dem Falle zulässig, wo es sich um mehrere Renten von je 20 oder weniger v. H. handelt, die ein Unfallverletzter für mehrere zu verschiedenen Zeiten erlittene Unfälle bezieht (Bescheid des RVA. 1838 Amtl. Nachr. 1901 S. 178). Das Gesetz spricht von der Abfindung einer Rente, nicht von der Abfindung von Ansprüchen, das heißt also, daß eine Abfindung erst stattfinden kann, wenn eine Rente rechtskräftig festgesetzt ist. Die Berufsgenossenschaft kann also einem Unfallverletzten nicht nach Ablauf der ersten 13 Wochen schon eine Kapitalabfindung bewilligen, es muß vielmehr in allen Fällen zuerst stets die Unfallrente festgestellt werden. Auch kann die Berufsgenossenschaft nicht gleichzeitig mit einem Rentenminderungsbescheide die Abfindung für diese Rente festsetzen. In einem solchen Fall hat die Genossenschaft vielmehr zunächst die Rechtskraft des Rentenminderungsbescheides abzuwarten und kann erst dann der Abfindung näher treten.

*) Die Grenze von 20 v. H. wird voraussichtlich durch ein z. Zt. dem Reichstage im Entwurfe vorliegendes Gesetz auf 30 v. H. erhöht werden.

§ 616 RVO. lautet: „Beträgt die Rente eines Verletzten ein Fünftel der Vollrente oder weniger, so **kann** ihn die Berufsgenossenschaft mit seiner Zustimmung nach Anhören des Versicherungsamts mit einem dem Werte seiner Jahresrente entsprechenden Kapital abfinden.“ Das Gesetz gibt der Berufsgenossenschaft mithin nur das Recht, nicht die Pflicht zur Abfindung. Ein Rentenempfänger kann also nicht auf Abfindung bestehen, wenn die Berufsgenossenschaft sie ablehnt. Anderseits ist die Berufsgenossenschaft an die Zustimmung des Unfallverletzten bei einer Kapitalabfindung gebunden. Die Abfindung ist durch förmlichen Bescheid auszusprechen (zu vgl. § 1583 RVO. Abs. 1 Ziff. 3). Vor der Bescheiderteilung ist das Versicherungsamt zu hören. Diese Bestimmung hat der Gesetzgeber erlassen, weil die unteren Verwaltungsbehörden sehr oft in der Lage sind, auf Grund genauerer Kenntnis der Verhältnisse zu prüfen, ob die Ab-

findung für den Unfallverletzten zweckmäßig ist oder nicht, oder ob auf der anderen Seite Gefahr besteht, daß der Unfallverletzte von dem Kapitale keinen vernünftigen Gebrauch machen wird. Für die Frage, welches Versicherungsamt zur Äußerung hierüber berufen ist, dürften die §§ 1637 bis 1639 RVO. als entsprechend anwendbar in Betracht kommen (Bescheid des RVA. v. 5. 12. 13 — I 16 968 — „Kompaß" 1913 S. 374).

Große Unkenntnis besteht nun bei den Unfallverletzten sehr oft vor allem darüber, wie hoch sich das Abfindungskapital beläuft. § 616 RVO. sagt, daß der Unfallverletzte mit einem dem Wert seiner Jahresrente entsprechenden Kapital abzufinden ist, und gemäß § 618 RVO. regelt der Bundesrat die dafür maßgebende Berechnung des Kapitalwerts. Die Höhe der Abfindung ist dann auch durch einen Beschluß des Bundesrats laut Bekanntm. vom. 21. 12. 1912 (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1913 S. 26) festgesetzt worden. Die Höhe der Abfindung beträgt hiernach im ersten Jahre vom Unfalltage an gerechnet, das Vierfache der Jahresrente. Erfolgt die Abfindung später, so richtet sich das Abfindungskapital nach dem inzwischen erreichten Alter des Verletzten und der seit dem Unfalltage verflossenen Zeit. Das Abfindungskapital beträgt bei einem Alter des Verletzten zur Zeit der Abfindung bis zu 25 Jahren, im zweiten Jahre nach dem Unfall, das 6,2fache, im dritten Jahre das 7,5fache, im vierten Jahre das 7,9fache und in den folgenden Jahren das 8,2fache der Jahresrente. Bei einem 45- bis 50jährigen Unfallverletzten beträgt das Kapital im zweiten Jahre nach dem Unfalle beispielsweise das 5,9fache, im dritten das 6,7fache, im vierten das 7,2- und später das 7,6fache der Jahresrente. Je älter der Verletzte ist, desto kleiner wird auch das Abfindungskapital. Beispielsweise beträgt das Abfindungskapital für einen 48jährigen Unfallverletzten, der vor vier Jahren einen Betriebsunfall erlitt und aus diesem Anlaß eine Jahresrente von 546 M. bezieht, 7,2 mal 546 M. = 3 931,20 M.

Außer dieser Kapitalabfindung für Inländer kennt die Reichsversicherungsordnung in der Unfallversicherung noch eine Abfindung für Ausländer und eine Abfindung für Witwen im Falle der Wiederverheiratung. Nach § 617 RVO. kann die Genossenschaft einen berechtigten Ausländer, der seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland aufgibt oder sich gewöhnlich im Ausland aufhält, mit seiner Zustimmung mit dem dreifachen Betrage seiner Jahresrente, ohne seine Zustimmung mit einem dem Werte seiner Jahresrente entsprechenden Kapital abfinden. Es ist dies in der Praxis ein wenig vorkommender Fall. Häufig dagegen kommt die Abfindung für Witwen im Falle der Wiederverheiratung vor, und zwar erhält eine Witwe eines Unfallverletzten gemäß § 589 RVO. im Falle der Wiederverheiratung drei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes ihres verstorbenen Ehemannes als Abfindung. Die Witwe hat jedoch nach § 590 keinen Anspruch, wenn die Ehe erst nach dem Unfall geschlossen worden ist.

Wichtig bei Kapitalabfindungen ist für die Unfallverletzten die Rechtsfolge, daß mit der Abfindung alle Rentenansprüche erlöschen, die Unfallrente auch dann nicht wieder gewährt werden kann, wenn die Unfallfolgen sich später verschlimmern sollten (§ 1583 Abs. 2 RVO). Es ist sogar die Meinung vertreten worden, daß der Verletzte auch den Anspruch auf Krankenbehandlung im Fall einer Wiedererkrankung an den Unfallfolgen durch die Kapitalabfindung verliert (ArbVers. 1916 S. 696 Ziff. 17; Fischer in „Berufsgenossenschaft" 1916 S. 213). Das erscheint nach der Fassung des § 616 und namentlich nach der allgemeinen, auf jede Art der Abfindung bezüglichen Vorschrift des § 1583 Abs. 2 recht zweifelhaft. Aber auch abgesehen hiervon, ist zuzugeben, daß der Verletzte durch Erteilung der nach § 616 erforderlichen Zustimmung zur Abfindung eine gewisse Gefahr auf sich nimmt. Indessen darf diese Gefahr eben so wenig, wie die Möglichkeit eines Mißbrauchs der Abfindung, wie er gelegentlich vorkommen

mag (zu vgl. ArbVers. 1914 S. 451) überschätzt werden. Bei solchen kleinen Unfallfolgen bis 20 v. H. werden später in den seltensten Fällen schlimme Nachwirkungen eintreten. Im allgemeinen wird die Kapitalabfindung nur dem wohlverstandenen Interesse der Verletzten dienen. Den Rentenempfängern kann nur empfohlen werden, möglichst von dieser Einrichtung Gebrauch zu machen. Die kleinen, oft nur wenige Mark monatlich betragenden Renten sind wirtschaftlich für den Rentenempfänger ohne Bedeutung, während schon das Abholen der Renten, der Gang zur entlegenen Polizeibehörde zwecks Beglaubigung der Unterschrift auf der Rentenquittung, das Warten auf der Post usw. viele Mühe und Kosten machen. Die Kapitalabfindung ist auch vom volkswirtschaftlichen Standpunkte aus eine wertvolle Einrichtung. Es wird ferner durch die Kapitalabfindung vielen Verstimmungen vorgebeugt, die entstehen würden, wenn die Renten nach Ablauf gewisser Zeit entzogen werden müßten. Es ist eine Beobachtung, die bei Rentenempfängern sehr oft gemacht wird, daß sie völlig unzufrieden werden, wenn ihnen entsprechend dem Ergebnis einer ärztlichen Nachuntersuchung die Rente nach gewisser Zeit bei Wiederherstellung entzogen wird, da in den Rentenempfängern irrigerweise sich oft die Vorstellung entwickelt, daß sie nun zeitlebens Anspruch auf Rente hätten. Alle diese Enttäuschungen und Erörterungen können durch die Kapitalabfindung behoben werden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungspflichtige Beschäftigung einer Tochter im Betriebe der Eltern.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Düsseldorf vom 8. November 1921.

Die 26jährige Tochter des Kolonialwarenhändlers B. ist seit etwa 10 Jahren mit kurzen Unterbrechungen im elterlichen Geschäft als Kassiererin und Verkäuferin tätig und erhielt als Entgelt vollständig freien Unterhalt und ein geringes Taschengeld von 3 *M* wöchentlich; ferner trugen die Eltern die Kosten für alle Nebenausgaben. Am 1. 4. 21 wurde außer völlig freiem Unterhalt ein monatliches Gehalt von 600 *M* vereinbart. Von diesem Tage ab hielt B. seine Tochter für krankenversicherungspflichtig und meldete sie zur Allgemeinen Ortskrankenkasse an. Die Kasse hielt die Tochter des B. jedoch auch vor dem 1. 4. 21 für versicherungspflichtig und berechnete gemäß § 29 RVO. die Beiträge vom 1. 1. 1919 ab.

Hiergegen erhob B. Einspruch beim Versicherungsamt. Dieses erachtete die Tochter des B. für die Zeit vor dem 1. 4. 21 als nichtversicherungspflichtig, weil die Mithilfe der Tochter eine unverbindliche und unentgeltliche, als Ausfluß des Zusammenlebens mit den Eltern und die Erfüllung einer Kindespflicht darstelle; die Eltern aber anderseits die Mithilfe der Tochter als eine Annehmlichkeit und eine Entlastung der eigenen Person angesehen haben und nicht unbedingt auf deren Arbeitskraft angewiesen gewesen seien.

Auf Beschwerde hat das Oberversicherungsamt die Tochter des B. während der strittigen Zeit vom 1. Januar 1919 bis 31. März 1921 für krankenversicherungspflichtig erklärt. — Gründe:

Tatsächlich ist in dem Arbeitsverhältnis am 1. 4. 21 durch die Vereinbarung eines festen Monatslohnes von 600 *M* keine wesentliche Änderung eingetreten. P. B. muß vielmehr, ebenso wie für die Zeit nach dem 1. April 1921, für die es der Vater selbst zugibt, auch für die frühere Zeit als versicherungspflichtig angesehen werden, denn die 26jährige Tochter ersetzte dem Vater eine volle Arbeitskraft. Anderseits ist anzunehmen, daß sie, falls sie nicht bei ihrem Vater tätig gewesen wäre, eine anderweitige versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt hätte. Unter diesen Voraussetzungen liegt aber auch nach den neuerdings vom RVA. aufgestellten Grundsätzen, das die in seiner früheren Rechtsprechung vertretene Auffassung, daß im Zweifelsfalle bei den deutschen Anschauungen über Familienleben zwischen Eltern und Kindern kein Arbeitsverhältnis sondern nur eine freiwillige Hilfeleistung anzunehmen sei, insoweit aufgegeben hat, Krankenversicherungspflicht vor.

Musterzeichnergehilfen als Angestellte in gehobener Stellung.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für AngestVers. vom 5. Januar 1921 (P. 249/21).

. . . Wie bereits in dem Beschlusse vom 26. Juni 1917 in Sachen B. — P. 61/17 — näher ausgeführt ist, entspricht die Unterstellung von Musterzeichnern dieser Art*) unter die Angestelltenversicherung durch-

*) Es handelt sich um Musterzeichnergehilfen, die nach den ihnen zur Ausführung aufgegebenen Ideen und Vorlagen Tapetenmuster selbständig entwerfen (sog. „Entwerfer").

aus den Absichten des Gesetzes. Es kann auch nicht bezweifelt werden, daß diese Musterzeichnergehilfen sich deutlich aus dem Kreise der handwerksmäßigen Bevölkerung herausheben. Wie bereits in der grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 2. Februar 1917 in Sachen R. — P. 163/16 —, AVN 1917 S. 103 Nr. 212, hervorgehoben ist, ist für die Annahme der Versicherungspflicht die vorwiegend geistige, künstlerische oder mit besonderer Selbständigkeit umgebene Art der Tätigkeit von besonderer Bedeutung. Dies ist in der ferneren Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts festgehalten worden (zu vgl. z. B. die Entscheidung vom 10. Januar 1917 in Sachen Z. — P. 192/16 — und neuerdings die grundsätzliche Entscheidung vom 26. Oktober 1920 in Sachen R. — P. 84/20 —). In dem letztgedachten Beschlusse ist darauf Wert gelegt, daß, wenn der Angestellte auch keine selbständig schaffende künstlerische Tätigkeit ausübe, er doch nicht lediglich handwerksmäßig nach Modellen und Vorlagen arbeite, sondern selbst Modelle nach eigenen Studien entwerfe. Es komme darauf an, ob die Angestellten bloß mechanische Nachbildner seien oder ob in ihnen eigenes künstlerisches Können und Empfinden herrsche, damit nach Maßgabe der angewendeten Mittel auch bei der bloßen Nachbildung von Modellen der gewünschte künstlerische Gesamteindruck erzielt werde. Das eigene künstlerische Empfinden und Denken, das den Angestellten durch die selbständige Herstellung von Modellen anerzogen werde, gebe ihnen die gehobene Stellung, durch welche die Versicherungspflicht begründet werde.

Gesichtspunkte dieser Art treffen auch im vorliegenden Falle auf die Tapetenzeichner offenbar zu. Es mag sein, daß sie unter der fortgesetzten Aufsicht und Anweisung des Arbeitgebers stehen, daß dieser die eigentliche Idee angibt und dafür sorgt, daß bei der Ausführung diejenigen Anforderungen erfüllt und beobachtet werden, welche mit Rücksicht auf die technische Ausführbarkeit des Musters und auf seine gewerbliche Absatzfähigkeit nötig sind. Dies ändert aber nichts daran, daß gerade die Zeichner diejenigen sind, welche die Idee in künstlerischer Weise ausführen und dabei eigene künstlerische und schöpferische Tätigkeit bestätigen. Dies hebt sie aus dem Kreise der bloß handarbeitenden Bevölkerungsklasse heraus, gibt ihnen die gehobene Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und begründet die Versicherungspflicht nach diesem Gesetze.

B. Zur Krankenversicherung.

Getrennte Abstimmungen im Ausschuß bei Satzungsänderungen (§ 345 Abs. 3 RVO.).

Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Beschlußsenats) vom 15. Oktober 1921.

Bei der Abstimmung über einen Satzungsnachtrag, der die Vergütung des Vorstandsvorsitzenden anderweit festsetzte, in einer Ausschußsitzung der Allg. Ortskrankenkasse ist lediglich festgestellt worden, daß die Mehrheit der Arbeitgeber und der Versicherten für den Antrag vorhanden war. Eine getrennte Abstimmung der beiden Gruppen hat nicht stattgefunden. Nach der Niederschrift über die Ausschußsitzung hat ein Arbeitgeber sofort, ein anderer noch vor deren Schluß gegen die vorgenommene Abstimmung Widerspruch erhoben. Das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) hat die Genehmigung des Satzungsnachtrages versagt, weil eine ungetrennte Abstimmung stattgefunden hat. Hiergegen hat der Vorstand der Allg. Ortskrankenkasse weitere Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt, auf deren Inhalt Bezug genommen wird.

Das Reichsversicherungsamt hat zunächst noch die fünf großen Kassenhauptverbände darüber gehört, wie in der Praxis verfahren wird. Sie haben sich in ihrer Mehrheit dahin ausgesprochen, daß in einem solchen Falle eine getrennte Abstimmung jedenfalls dann vorgenommen werden müsse, wenn sie verlangt werde.

Der Beschlußsenat hat sich dieser Auffassung angeschlossen. Allerdings schreibt § 345 Abs. 3 Satz 1 RVO. für Satzungsänderungen lediglich vor, daß hierzu die Mehrheit sowohl der Arbeitgeber, als der Versicherten erforderlich ist. Über die Form der Abstimmung enthält diese Vorschrift nichts. Sie ergibt sich aber aus dem nachstehenden Satze, wo in den dort bezeichneten Fällen eine ungetrennte Abstimmung für genügend erklärt wird. Denn hieraus folgt für den Regelfall die Notwendigkeit der getrennten Abstimmung. Da der Gesetzgeber diese Form der Abstimmung für besonders wichtige Beschlüsse (zu vgl. die frühere Fassung des § 328 Abs. 2, ferner §§ 354 Abs. 2, 355 Abs. 2, 388, 414 RVO.) gewählt hat, so kann die Nichtbefolgung dieser Formvorschrift auch nicht für bedeutungslos angesehen werden. Wird sie außer acht gelassen, so liegt ein gültiger Beschluß jedenfalls dann nicht vor, wenn dies, wie vorliegend, noch während der Ausschußsitzung gerügt ist. Die weitere Beschwerde erwies sich hiernach als unbegründet. Nach allem rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Zur Anwendung des § 370 RVO.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. August 1921 (2672 Amtl. Nachr. 1921 S. 403).

. . . Es ist davon auszugehen, daß die Klägerin am 25. Mai 1920, als die Kassenärzte ihre Tätigkeit für die Kassen einstellten, unstreitig an Gelenkrheumatismus erkrankt lag und ärztlicher Behandlung bedurfte. Da kein Arzt auf Rechnung der Kasse behandelte, war die Zuziehung eines „anderen“ Arztes im Sinne des § 368 RVO. geboten. Da das

Unterbleiben ärztlicher Behandlung eine Gefährdung der Klägerin bedeutete, handelte es sich also vom 25. Mai ab um einen dringenden Fall im Sinne der eben angeführten Vorschrift, in dem die Kasse die Bezahlung des zugezogenen Arztes, auch wenn er früher nicht in einem Vertragsverhältnis zur Kasse gestanden hatte, nicht ablehnen durfte. Danach wäre also der Anspruch der Klägerin für die vertragslose Zeit, da die Notwendigkeit der berechneten ärztlichen Besuche nicht bestritten ist, in voller Höhe begründet, wenn nicht durch den gemäß § 370 a. a. O. ergangenen Ermächtigungsbeschluß des Oberversicherungsamts die Rechtslage geändert wäre. Die Vorschrift des § 370 ist in erster Linie zugunsten der Versicherten gegeben: sie will für eine Zeit, in der eine Kasse ohne ihr Verschulden ihren Mitgliedern keine ärztliche Versorgung verschaffen kann, den Versicherten wenigstens eine bare Zuwendung sichern, mit der sie selbst sich ärztliche Hilfe besorgen können. Anderseits werden aber tatsächlich in vielen Fällen die Rechte der Mitglieder durch die Anwendung dieser Vorschrift beschränkt. Denn durch eine solche Ermächtigung der Kasse wird der auf Gesetz und Satzung beruhende Anspruch auf Krankenpflege aufgehoben und statt dessen ein Anspruch auf eine bare Leistung von häufig geringerem Werte gegeben. Mit dem Anspruch der Krankenpflege ist auch der Anspruch auf Bezahlung anderer Ärzte in dringenden Fällen fortgefallen. Die Wirkung ist also im vorliegenden Falle die, daß die Klägerin die Bezahlung der ihr tatsächlich erwachsenen Arztkosten nicht in vollem Umfange verlangen kann, sondern nur eine unter Umständen geringere bare Leistung. Gegen den Beschluß des Oberversicherungsamts stand der Klägerin als Kassenmitglied kein Rechtsmittel zu. Vielmehr ist nach § 370 Abs. 3 nur dem Kassenvorstande selbst die Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde gegeben. Dieser Umstand, daß nämlich die Rechte der Kassenmitglieder in einem Verfahren ohne ihre Anhörung und für sie unanfechtbar beschränkt werden, könnte zu der von der Klägerin in der Revisionsschrift vertretenen Ansicht führen, daß jetzt im Spruchverfahren nachzuprüfen sei, ob überhaupt die Voraussetzungen des § 370 vorgelegen haben, ob insbesondere die Kasse an dem Eintritt des vertragslosen Zustandes schuldlos war. Diese Ansicht muß aber abgelehnt werden. Schon der Umstand, daß über die vom Gesetze dem Kassenvorstande gegebene Beschwerde nicht das Reichsversicherungsamt, sondern die oberste Verwaltungsbehörde zu entscheiden hat, weist darauf hin, daß es sich hier um einen allgemeinen Verwaltungsakt handelt, über dessen Zulässigkeit das pflichtmäßige Ermessen der Verwaltungsbehörde zu entscheiden hat. Zwar liegt hier nicht eine Frage der äußeren Organisation vor, deren Regelung allgemein der obersten Verwaltungsbehörde vorbehalten ist (zu vgl. Entsch. 1686, 1687, 1803, Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 413, 414, 1914 S. 373). Aber immerhin liegt der Fall ähnlich. Eine Bestimmung der Satzung wird aufgehoben und eine Notstandsregelung angeordnet, die nur für einen vorübergehenden Zustand gedacht ist und jederzeit widerrufen werden kann. Schon der Umstand, daß eine in einem viel später zur Entscheidung kommenden Spruchverfahren erfolgende Feststellung der Unzulässigkeit solcher Regelung zu einer Verwirrung der Kassengeschäfte führen müßte, deren Folgen sich nicht übersehen ließen, legt die Annahme nahe, daß der Gesetzgeber eine Nachprüfung im Spruchverfahren nicht hat zulassen wollen. Das Gesetz hat ausdrücklich nur dem Kassenvorstande die Beschwerde gegeben, sie also nur gegen die Ablehnung des Antrags, nicht gegen die Erteilung der Ermächtigung zugelassen. Bei mißbräuchlicher Anwendung des § 370 hätte die oberste Verwaltungsbehörde jederzeit die Möglichkeit, auf das Oberversicherungsamt einzuwirken, daß es seinen Beschluß widerruft. Danach war im vorliegenden Verfahren nicht zu prüfen, ob die im § 370 vorgesehenen Voraussetzungen vorgelegen haben.

Dagegen ergibt die weitere Prüfung, daß die Beklagte den Ermächtigungsbeschluß des Oberversicherungsamts unrichtig angewendet hat. Sie hat der Klägerin die Hälfte des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengeldes gezahlt, nachdem ihr Vorstand beschlossen hatte, allgemein nur bare Leistungen b i s zur Hälfte dieses Betrags zu gewähren. Da im Ermächtigungsbeschluß selbst, der den Wortlaut des § 370 genau wiedergibt, eine bare Leistung bis zu zwei Dritteln des genannten Betrags bestimmt ist, hat die Beklagte offenbar angenommen, daß das Oberversicherungsamt nur einen Rahmen festgesetzt habe, innerhalb dessen es ihr freistehe, nach eigenem Ermessen als Geldabfindung auch einen niedrigeren Höchstbetrag festzusetzen. Das trifft nicht zu. Wie Wortlaut und Sinn des Gesetzes ergeben, soll die Kasse ermächtigt werden, an Stelle der Krankenpflege den erkrankten Mitgliedern ihre nachgewiesenen Aufwendungen für ärztliche Behandlung usw. zu erstatten, aber nur bis zur Höhe von zwei Dritteln ihres gesetzlichen Krankengeld-Durchschnittbetrags. Eine andere Auslegung würde, wie oben bereits angedeutet, zu unmöglichen Folgen führen. Die Kasse wäre andernfalls nicht gehindert, die kranken Mitglieder allgemein mit einem geringen Bruchteil des Krankengeldes abzufinden, der bei weitem nicht ausreichte, ihre Aufwendungen zu decken. Es kann dahingestellt bleiben, ob das Oberversicherungsamt befugt wäre, in dem Ermächtigungsbeschluß einen niedrigeren Höchstbetrag als den im Gesetze vorgesehenen von zwei Dritteln festzusetzen. Denn das ist hier nicht geschehen. Jedenfalls ist die Kasse ihrerseits nicht befugt, den vom Oberversicherungsamte festgesetzten Höchstbetrag durch einen niedrigeren zu ersetzen. Sie hat innerhalb des ihr vorgeschriebenen Rahmens

alle ihr nachgewiesenen tatsächlichen Aufwendungen zu ersetzen (zu vgl. auch Ziffer IV der von Vertretern der Bundesregierungen beschlossenen Grundsätze über die Ausführung des § 370 — Ministerial-Erlaß vom 2. Dezember 1913, HMBl. S. 621 und Arb.-Vers. 1913 S. 834).

Die angefochtene Vorentscheidung mußte deshalb wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts aufgehoben werden. Eine Entscheidung in der Sache konnte noch nicht erfolgen, da die tatsächlichen Unterlagen für die Berechnung des Durchschnittsbetrags fehlen. Die Sache mußte deshalb an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen werden, das bei der erneuten Verhandlung die für die Berechnung erforderlichen Feststellungen zu treffen und dabei auch zu prüfen haben wird, welche Berechnungsart Anwendung zu finden hat. Es wird hierzu auf Hahn, Handbuch der Krankenversicherung Anm. 2c zu § 370 RVO. und den erwähnten Ministerial-Erlaß vom 2. Dezember 1913 (HMBl. S. 621) über die Grundsätze bei Anwendung des § 370 zu IV verwiesen. . .

C. Zur Militärversorgung.

Unfall eines vom Truppenteil Beurlaubten bei einer Eigenbauarbeit — keine Dienstbeschädigung, sondern versicherter Unfall.

Rek. Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 13. April 1921 (Entsch. Bd. 1 S. 34).

Der Kläger hatte nach einer Verwundung im Felde vom Ersatztruppenteil Erholungsurlaub erhalten, den er zu Arbeitszwecken ausnützen sollte. Während dieses Urlaubs verunglückte er dadurch, daß er beim Verkitten von Fenstern für einen Hauseigentümer abstürzte und sich einen Beckenbruch und Bruch der linken Hand zuzog. Die für die Folgen zunächst in Anspruch genommene Baugewerks-Berufsgenossenschaft lehnte die Entschädigung ab, weil der Kläger aus Gründen der Heilbehandlung zu der Arbeit kommandiert gewesen sei. Der ablehnende Bescheid ist rechtskräftig geworden. Der Kläger erhob dann Anspruch auf Militärrente mit der Begründung, daß seine vorgesetzte Dienststelle ihm befohlen habe, auf Urlaub zu arbeiten, und daß deshalb ein Unfall während der Ausübung des Dienstes vorliege. Versorgungsamt und Militärversorgungsgericht haben ihn mit seinem Versorgungsanspruch abgewiesen. Das Reichsversorgungsgericht hat seinen Rekurs zurückgewiesen, aber die gemäß Art. II § 13 Abs. 1 der Verordnung vom 1. Februar 1919 beigeladene Baugewerks-Berufs-Genossenschaft zur Entschädigung verurteilt. — Gründe:

Der Kläger ist bei einer Bauarbeit verunglückt, die, falls sie nicht als militärdienstliche Tätigkeit anzusehen war, in jedem Falle, mochte der Kläger selbstversicherter Unternehmer oder Arbeiter in einem fremden Baubetrieb sein, versichert war. Da somit anstatt der Militärversorgung oder neben ihr wegen der Folgen des Unfalls eine Entschädigung nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Unfallversicherung in Frage kam, waren die Voraussetzungen für die Anwendung des § 13 der Verordnung vom 1. Februar 1919 gegeben. Zur Verhandlung und Entscheidung der Sache sind nach Abs. 2 dieser Gesetzesvorschrift zwei vom Präsidenten des Reichsversicherungsamts bezeichnete nicht ständige Mitglieder dieses Amtes, ein Arbeitgeber und ein Arbeitnehmer, und zwar, da es sich um einen Unfall in einem gewerblichen Betriebe handelt, aus dem Bereiche der Gewerbe-Unfallversicherung als weitere Beisitzer zugezogen worden (zu vgl. § 87 Abs. 1, §§ 89 bis 91 RVO. in Verbindung mit § 17 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamts vom 24. Dezember 1911). Daß der Senat in dieser Besetzung über den Anspruch des Klägers im ganzen zu entscheiden hatte und ohne Rücksicht darauf, ob es sich im einzelnen um eine Frage der Militärversorgung oder der Unfallversicherung handelte, unterlag keinem Zweifel.

Der Senat hat mit der Vorinstanz verneint, daß dem Kläger auf Grund des Mannschaftsversorgungsgesetzes ein Anspruch auf Versorgung zusteht. In dem angefochtenen Urteil ist zutreffend ausgeführt, daß der durch Sturz aus dem Fenster erlittene Unfall nicht mittelbar durch die Nachwirkung der leichten und gut verheilten Kopfschußverletzung verursacht sein kann. Aber auch darin war dem Militärversorgungsgericht beizutreten, daß es sich nicht um einen Unfall während der Ausübung des Dienstes handelt. Unter dem Begriff „Ausübung des Dienstes“ sind nach der Auffassung des Reichs-Militärgerichts alle militärischen Verrichtungen zu verstehen, die auf einem besonderen für den Einzelfall gegebenen Dienstbefehl oder einer allgemeinen Vorschrift der zuständigen Dienststelle beruhen (zu vgl. Herz-Ernst, Militär-Strafgesetzbuch, 2. Aufl. S. 121 Anm. 10 zu § 55, Entsch. des Reichs-Militärgerichts Bd. 10 S. 112, Bd. 17 S. 235). Der Senat hatte kein Bedenken, sich dieser Auffassung anzuschließen. Hiernach bedarf es keiner weiteren Begründung, daß ein während der Dauer eines Urlaubs erlittener Unfall im Regelfall nicht „während der Ausübung des Dienstes“ erlitten sein kann (zu vgl. Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichts Bd. 1 S. 96 Nr. 46). Vielmehr können nur besondere Umstände die Annahme rechtfertigen, daß eine Tätigkeit auf Urlaub unter den Begriff der Ausübung des Dienstes fällt. Das würde der Fall sein, wenn es sich nicht um einen eigentlichen Urlaub, d. h. um eine vorübergehende Entbindung vom aktiven Dienst (zu vgl. Herz-Ernst aaO. S. 142), sondern, wie der Beklagte behauptet, um eine Kommandierung zu Arbeitszwecken gehandelt hätte. Von einer solchen könnte aber nur dann gesprochen werden,

wenn der Kläger einer bestimmten Arbeitsstelle zur Verfügung gestellt worden wäre. Nur auf solche Fälle beziehen sich die von der Berufsgenossenschaft angeführten Verfügungen des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1916 S. 606, 1917 S. 245). Der Kläger will anderseits den Befehl erhalten haben, auf Urlaub zu arbeiten, und stützt sich dabei auf einen ihm angeblich von der Genesendenkompagnie mitgegebenen Ausweis. Danach ist der „Inhaber angewiesen zwecks Fortschreitung seiner Genesung und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (Arbeitsbehandlung) sich 14 Tage in seiner Heimat mit kriegswirtschaftlicher Arbeit zu betätigen". Die Gemeindebehörde oder der Arbeitsnachweis sollen dem Inhaber auf der Rückseite des Scheins bescheinigen, in welchem Betriebe er gearbeitet hat, ihm nötigenfalls Arbeit verschaffen. Der Feldwebel soll ferner ausdrücklich den beurlaubten Mannschaften befohlen haben, zu arbeiten mit dem Hinweis, daß es sich nicht um Erholungs- sondern um Arbeitsurlaub handle. Der Zeuge hat auch angegeben, daß er sich seinerzeit so ausgedrückt, und daß ein entsprechender Kompagniebefehl bestanden habe. Nach einer Äußerung der Abwicklungsstelle soll eine allgemeine Verfügung des stellvertretenden Generalkommandos angeordnet haben, daß der Erholungsurlaub zu Arbeitszwecken auszunutzen sei oder den aus dem Feld Heimgekehrten ein vierzehntägiger Arbeitsurlaub zustehe. Eine solche Verfügung ist aber bei der Aktenverwaltung des Armeekorps nicht zu finden gewesen. Auch über den Zeitpunkt bestehen Zweifel. Nach einer Meldung der Entlassungsabteilung der Abwicklungsstelle soll es sich um einen Umdruckbefehl vom Juli 1918 handeln. In diesem Falle würde der Unfall vor den Erlaß der allgemeinen Verfügung fallen. Nach Prüfung dieser Unterlagen hat der Senat die Überzeugung gewonnen, daß die von dem Kläger auf Urlaub geleistete Arbeit nicht unter den Begriff der Ausübung des Dienstes fällt.

Zunächst erscheint es unwahrscheinlich, daß der Kläger einen Ausweis der erwähnten Art bekommen hat. Der von ihm übergebene Vordruck ist nicht ausgefüllt, nicht auf seinen Namen gestellt und nicht vom Kompagnieführer unterschrieben. Es hatte auch keinen Zweck, dem Kläger einen solchen Ausweis mitzugeben. Denn er wohnte im Garnisonort der Genesendenkompagnie, hatte dort seine Werkstatt, und es lag nahe, daß er in seinem eigenen kleinen Betrieb arbeiten wollte. Es ist somit kaum anzunehmen, daß sich die in dem Ausweis enthaltene Weisung auf ihn bezogen hat.

Aber auch wenn das Gegenteil unterstellt wird, stellt der Ausweis keinen Befehl dar, der den Kläger zur Arbeitsleistung auf Urlaub verpflichtete. Es ist aus ihm nur zu ersehen, daß der Beurlaubte von der Kompagnie angewiesen wurde, zur Förderung seiner Genesung und Arbeitsfähigkeit kriegswirtschaftliche Arbeit zu leisten. Eine Arbeitsbehandlung im technischen Sinne konnte schon deshalb nicht in Frage kommen, weil eine solche ärztliche Anordnung und ärztliche Aufsicht voraussetzt. Es konnte aber auch kein Befehl erlassen werden, der zur unbedingten Befolgung verpflichtete. Zunächst erscheint nach der Fassung des Ausweises überhaupt zweifelhaft, ob es sich nicht um eine Maßnahme gehandelt hat, bei der das persönliche Interesse des Beurlaubten wesentlich mitsprach oder gar überwog. Ferner hing aber die Ausführung von der Arbeitsfähigkeit und Arbeitsgelegenheit ab, sie ließ sich trotz der verlangten Bescheinigung weder nachprüfen, noch konnte die Nichtbefolgung mit Strafe geahndet werden, da die Auflage eines Arbeitszwangs schon dem Begriff des Urlaubs widerspricht. Demnach konnte es sich bei der Weisung, sich Arbeit zu suchen, nur um einen Rat, eine dringende Empfehlung handeln, den Erholungsurlaub zur körperlichen Ertüchtigung durch Arbeit und zur Unterstützung der Volks- und Kriegswirtschaft auszunutzen. Als etwas anderes kann auch die erwähnte Verfügung des stellvertretenden Generalkommandos nicht aufgefaßt werden. Wenn eine allgemeine Anordnung mit Befehlswirkung getroffen wäre, müßte sie, wie ohne weiteres angenommen werden kann, in das Korpsverordnungsblatt aufgenommen, zum mindesten aktenkundig gemacht sein. Es ist sogar nach der ganzen Sachlage eher anzunehmen, daß es sich um eine mündliche Empfehlung handelt, die gelegentlich einer Besprechung oder Besichtigung ausgesprochen worden ist und bei den unteren Dienststellen die schärfere Form der Weisung gefunden hat, ohne aber dadurch das Wesen eines ausdrücklichen Befehls oder einer allgemeinen Vorschrift zu erlangen. Auch die mündliche Anweisung des Feldwebels, die dieser wohl beim Appell oder bei der Abmeldung an die Beurlaubten richtete, war kein zur Arbeit verpflichtender Dienstbefehl, sondern nur eine Erläuterung der von der Kompagnie auf höhere Empfehlung getroffenen Maßnahme, den Urlaub zweckmäßig auszunützen. Eine unter solchen Umständen geleistete Arbeit kann deshalb weder als Dienstverrichtung, noch als Ausübung des Dienstes im Sinne des § 3 des MVG. in Betracht kommen.

Schließlich konnte nicht übersehen werden, daß der Kläger die ihm angeblich gegebene Weisung streng genommen nicht einmal befolgt hat. Denn die von ihm geleistete Arbeit des Fensterverkittens kann auch bei weitgehender Auslegung nicht als kriegswirtschaftliche Arbeit gelten. Vielmehr trat bei seiner Arbeit das eigenwirtschaftliche Interesse in den Vordergrund. Der Kläger hat das zweifellos auch selbst empfunden. Denn sonst hätte er sich nicht zunächst an die Berufsgenossenschaft mit seinem Antrag gewandt.

Nach alledem kann die von dem Kläger auf Urlaub geleistete Arbeit nicht als militärischer Dienst angesehen werden. Somit können auch die Folgen des dabei erlittenen Unfalls nicht als Dienstbeschädi-

gung im Sinne des § 3 des MVG. in Betracht kommen. Der Rekurs gegen das Urteil des Militärversorgungsgerichts mußte deshalb zurückgewiesen werden.

Dagegen bestehen die Voraussetzungen eines der Unfallversicherung unterliegenden Betriebsunfalls. Der Kläger hat eine Eigenbauarbeit geleistet und ist dabei verunglückt. Daß seine Erwerbsfähigkeit durch die Folgen dieses Unfalls wesentlich vermindert ist, steht fest. Für diese Folgen hat ihn die Zweiganstalt der beigeladenen Berufsgenossenschaft zu entschädigen. Daß der Anspruch auf Unfallrente von der Berufsgenossenschaft bereits rechtskräftig abgelehnt worden ist, steht dem nicht im Wege (zu vgl. Art. II § 13 Abs. 1 der Verordnung vom 1. Februar 1919).

Da der von dem Kläger eingelegte Rekurs zurückgewiesen worden ist, konnte fraglich erscheinen, ob nach § 16 Abs. 1 dieser Verordnung eine Gebühr aufzuerlegen war. Der Senat hat die Frage verneint. Er ist davon ausgegangen, daß das Verfahren nach § 13 aaO., wie schon im Eingang erwähnt, ein einheitliches ist, indem es die Zuständigkeit des Reichsversorgungsgerichts auf den Anspruch aus der Unfallversicherung ausdehnt und so beide Ansprüche seiner Entscheidung im ganzen unterwirft. Auf Grund dieser Entscheidung hat der Kläger, wenn er auch dem Fiskus gegenüber unterlegen ist, eine Entschädigung erstritten. Diese Entschädigung ist auch im großen und ganzen als der Militärversorgung gleichwertig zu betrachten, so daß auch von einem Unterliegen zum Teil nicht gesprochen werden kann. Es durfte deshalb keine Gebühr auferlegt werden.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Einfluß des bürgerlichrechtlichen Entschädigungsanspruchs des Verletzten auf seinen Anspruch auf Buße aus § 231 StrGesB.

Urteil des **Reichsgerichts** (3. Straffen.) v. 20. Dezember 1920 (Entsch. 55 S. 188).

Der großjährige Angeklagte K. und die 16 Jahre alte Zeugin B. hatten beschlossen, gemeinsam in den Tod zu gehen. Auf Verlangen des Mädchens stach ihm K. mit einem Seziermesser zweimal in den rechten Arm, den sie ihm gereicht hatte. Beide standen darauf von ihrem Vorhaben ab. Die Wunde des Mädchens ließ eine gewisse Beeinträchtigung im Gebrauch der rechten Hand zurück. Das Landgericht hat angenommen, „daß der bloße Versuch einer Tötung auf Verlangen als solcher nicht strafbar ist, daß aber die Bestrafung wegen Körperverletzung erfolgen kann, da der Wille zu töten hier die Absicht der gefährlichen Körperverletzung mitumfaßt. Die Einwilligung der Zeugin B. in die beabsichtigte Tötung ist bedeutungslos." Deshalb ist K. wegen Vergehens gegen §§ 223, 223a StGB. verurteilt und der als Nebenklägerin zugelassenen Verletzten auf ihr Verlangen eine Buße zugesprochen worden. — Die auf die Zuerkennung der Buße beschränkte Revision des Angeklagten ist verworfen worden. — Gründe:

Das Reichsgericht hat bereits wiederholt dargelegt (RGRspr. Bd. 1 S. 57, Bd. 10 S. 293; RGSt. Bd. 44 S. 294 [296]), daß die Statthaftigkeit der Zuerkennung einer Buße, obgleich sie nur die Eigenschaft einer Entschädigung trägt (RGSt. Bd. 15 S. 352), dennoch sich lediglich nach den Bestimmungen des StGB. richtet. Es ist daher ohne Einfluß, ob der bürgerlichrechtliche Entschädigungsanspruch zulässig oder beschränkt ist oder zu begründen sein würde. Der § 231 StGB. gestattet in allen Fällen der Körperverletzung die Zuerkennung einer Buße an den Verletzten, ohne daß diese Befugnis davon abhängig gemacht ist, ob der Verletzte nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts einen Entschädigungsanspruch würde geltend machen können.

Die Entscheidung RGSt. Bd. 9 S. 223 (225), auf die sich der Beschwerdeführer für seine abweichende Meinung beruft, spricht nur aus, daß eine vom Täter außergerichtlich an den Nebenkläger gezahlte Entschädigung, wenn sie auch nicht die Zuerkennung einer Buße ausschließt, so doch jedenfalls bei ihrer Bemessung in Betracht gezogen werden darf. In der ebenso von der Revision angezogenen Entscheidung RGSt. Bd. 15 S. 352 wird die Rechtsauffassung gebilligt, daß sich die Buße, die in den Fällen der Körperverletzung erkannt werden kann, nicht nur als Entschädigung für Vermögensnachteile darstelle; und in dem vom Beschwerdeführer weiter in Bezug genommenen Urteile RGSt. Bd. 24 S. 397 ist dargelegt, daß bei der Ausübung seiner gewerblichen Tätigkeit durch eine fahrlässige Handlung des Betriebsunternehmers verletzte Arbeiter nicht berechtigt sei, neben der ihm nach dem UnfallversG. zustehenden Entschädigung von dem Betriebsunternehmer eine weitere Entschädigung unter dem „Titel" einer Buße zu verlangen; das ist aus § 95 a. a. O. gefolgert worden.

Wenn auch der Strafrichter innerhalb der Grenzen seines freien Ermessens bürgerlichrechtliche Gesichtspunkte berücksichtigen darf (RGSt. Bd. 31 S. 334), so folgt daraus doch nicht, daß die Zuerkennung einer Buße, wie die Revision meint, von dem Bestehen eines bürgerlichrechtlichen Anspruchs durchweg abhängig und das nach § 231 StGB. für die Zuerkennung einer Buße maßgebende richterliche Ermessen durch bürgerlichrechtliche Normen über die Zulässigkeit eines, aus einem Verbrechen oder Vergehen hergeleiteten, vor dem Zivilrichter zu verfolgenden Entschädigungsanspruchs eingeschränkt sei.

überdies trifft die Meinung des Beschwerdeführers, daß selbstgewollte Körperverletzung im bürgerlichen Recht eine Entschädigungspflicht vollkommen ausschließe, in dieser Allgemeinheit nicht zu (RGZ. Bd. 66 S. 306 [308]), und es ist die im EntwBGB. I § 706 enthaltene, auf Körperverletzung nicht beschränkte Bestimmung, daß dem Beschädigten, der in die beschädigende Handlung eingewilligt hat, ein Anspruch auf Schadensersatz nicht zustehe, gerade aus jenem Grund ausdrücklich abgelehnt worden. Weder beseitigt die Einwilligung des Verletzten in die Körperverletzung schlechthin die Rechtswidrigkeit (RGSt. Bd. 2 S. 442, Bd. 6 S. 61, Bd. 41 S. 392 [395]; RGZ. Bd. 66 S. 306 [308]) noch liegt in dem Verlangen der Tötung ohne weiteres auch die Einwilligung in die Körperverletzung (RGSt. Bd. 24 S. 369, Bd. 28 S. 200 [213]). Sie enthält deshalb nicht notwendig einen bürgerlichrechtlichen Verzicht auf Geltendmachung von Rechten aus der Tat.

Es kann nach alledem dahingestellt bleiben, ob in dem Verlangen der Tötung nach bürgerlichem Recht ein im voraus erklärter Verzicht der Verletzten auf Ersatz des durch die verletzende Handlung entstehenden Schadens erblickt werden könnte, ob ein solcher Verzicht für rechtswirksam zu erachten sei und ob einer trotzdem geschehenen Geltendmachung von Entschädigungsansprüchen die Einrede der Arglist entgegenstände.

Darauf, daß der Antrag auf Zuerkennung einer Buße gegen Treu und Glauben im Sinn des § 242 BGB. verstoße, hatte der Angeklagte sich im ersten Rechtszuge nicht berufen, dort auch Einreden aus § 254 BGB. (zu vgl. Oetker, Bußprozeß, GerS. Bd. 66 S. 338) nicht vorgebracht; er behauptet das selbst nicht. Das Urteil braucht deshalb sich nicht darüber auszusprechen. . . .

Anmerkung: Die Entscheidung ist von Interesse auch für die Versicherungsträger. Sie bestätigt wiederholt, daß die im Strafverfahren zuzuerkennende Buße die Eigenschaft eines gesetzlichen Entschädigungsanspruchs hat (also nicht etwa den Rechtscharakter einer Strafe trägt). Deshalb geht der Anspruch auf die Buße unter den Voraussetzungen des § 1542 RVO. und in dem dort bezeichneten Umfang auf die Versicherungsträger über (Entsch. des preuß. OVerwGer. 20 S. 372; zu vgl. noch Entsch. des RGer. in ArbVers. 1896 S. 300, 1898 S. 509). Doch haben diese nicht die Befugnis, den Anspruch im Wege der Anschließung im Strafverfahren geltend zu machen (RGer. StrS. 28 S. 301, ArbVers. 1896 S. 300).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Änderung des Abkommens zwischen Zahnärzten und Krankenkassen.

Für das Jahr 1921 war zwischen dem Wirtschaftlichen Verband deutscher Zahnärzte und den fünf Kassenhauptverbänden das im Jahrg. 1921 S. 138 mitgeteilte Abkommen getroffen. Am 12. Oktober 1921 ist zwischen diesen Beteiligten mit Ausschluß des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen ein neues Abkommen abgeschlossen worden. Wir teilen es im folgenden mit, soweit die Bestimmungen des früheren Abkommens ergänzt oder geändert worden sind:

§ 1 erhält folgenden Abs. 2: „Für die Grenzbezirke hat die Vorschrift des § 1, wonach nur deutsche Zahnärzte zugelassen werden, keinen zwingenden Charakter. Soweit zur Sicherung der zahnärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder erforderlich, können die Kassen auch andere Zahnärzte zulassen."

§ 2 unverändert. In § 3 Abs. 2 sind die Worte „Kassenpraxis treibenden" weggefallen.

§§ 4 bis 6 lauten:

§ 4: Die Bezahlung der Zahnärzte erfolgt nach 2 Gruppen. Zur Gruppe I gehören die in der Reichsbesoldungsordnung unter die Ortsklassen A und B fallenden Orte, zur Gruppe II gehören die unter die Ortsklassen C, D und E fallenden Orte. In diesen beiden Gruppen erfolgt die Bezahlung der Zahnärzte nach folgenden Sätzen:

	Gruppe I: M.	Gruppe II: M.
1. Beratung eines Kranken einschl. Untersuchung und etwaiger schriftlicher Verordnung:		
a) in der Wohnung des Zahnarztes	5	4
(Die Berechnung für eine Beratung ist jedoch unzulässig, wenn eine Verrichtung berechnet wird.)		
b) in der Wohnung des Kranken (Besuchsgebühr)	10	8
2. Ausziehen eines Zahnes oder dessen Wurzeln	6	5
3. Örtliche Betäubung bei chirurgischen Eingriffen:		
a) durch Injektion bis zu 2 nebeneinanderstehenden Zähnen	7	6
b) Leitungsanästhesie	12	10
4. Abätzung einer Zahnpulpa (als alleinige Leistung)	5	4,50
5. a) Füllung eines Zahnes einschl. vorausgegangener Wurzelbehandlung nach Abätzung der Pulpa	25	20
b) Füllung eines Zahnes einschl. vorausgegangener Gangränbehandlung	30	25
c) Füllung aus plastischem Material (Silber- oder Kupferamalgam, Zement oder Guttapercha) ohne Vorbehandlung	10	9
d) Für Silikatfüllung ein Zuschlag von	6	6
6. Behandlung von Munderkrankungen einschl. Zahnsteinentfernung		

	für die erste Sitzung	10	8
	für jede folgende Sitzung	6	5
7.	a) Große operative Eingriffe (Wurzelspitzenresektionen, Systenexstirpationen, Entfernung von Tumoren, größere Resektionen, plastische Mundoperationen, größere Ausmeißelungen verlagerter, tieffrakturierter oder retenierter Zähne, Unterbindungen und ähnl.)	50	45
	b) Größere operative Eingriffe (partielle Resektion der Zahnfortsätze, Exstirpation kleinerer Epuliden, kleinere Ausmeißelungen, plastische Mundoperationen kleineren Umfanges, Aufklappungen, Auskratzungen und ähnl.)	35	30
	c) Nachbehandlung bei größeren operativen Eingriffen, für jede Sitzung	6	5
	d) Kleine operative Eingriffe (Spaltung und Auskratzung von Fisteln, Eröffnung von Abszeßhöhlen, Operationswunden, Entfernung kleinerer Sequester und Fremdkörper und ähnl.)	6	5
8.	Stillung einer bedrohlichen Nachblutung (bei schwierigen Fällen und größerem Zeitaufwand nach Begründung entsprechend mehr)	12	10
9.	Für die Behandlung in der Nachtzeit (von abends 8 bis morgens 8 Uhr) tritt zu den vorgenannten Sätzen ein einmaliger Zuschlag von	20	20

Für Auskünfte, Bescheinigungen (z. B. über Arbeitsunfähigkeit), Feststellungen und alle schriftlichen Äußerungen, die für die Kassen notwendig werden, wird keine besondere Vergütung bezahlt.

Für das besetzte Gebiet werden Zuschläge nicht bezahlt.

§ 5: Statt der Bezahlung nach § 4 können andere Vergütungsformen vereinbart werden.

Die Vertreter beider Parteien stehen auf dem Standpunkt, daß die Vergütung zahnärztlicher Leistungen nach Pauschsätzen nicht im Interesse der Versicherten liegt und weder als angemessen noch den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen entsprechende Vergütung angesehen werden kann.

§ 6: Die Vergütungen für Zahnersatz richten sich nach den etwa vereinbarten Sätzen der in Betracht kommenden Landesversicherungsanstalt.

Wenn im Bereich einer Landesversicherungsanstalt Vergütungen für Zahnersatz nicht vereinbart sind, bleiben sie örtlichen oder bezirklichen Vereinbarungen vorbehalten.

§§ 7, 8 unverändert.

§ 9 lautet:

§ 9: Die Kassentätigkeit der Zahnärzte kann sowohl in Hinsicht auf die Gebührenberechnung und auf die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit als auch auf die Notwendigkeit und den Umfang der Arbeit und die Art der Ausführung durch einen Vertrauenszahnarzt geprüft werden. Die Kasse ist berechtigt, einen Vertrauenszahnarzt zu bestellen. Es steht ihr aber auch frei, diese Prüfung durch einen von einer Kassenvereinigung oder einem Kassenverbande bestellten Vertrauenszahnarzt vornehmen zu lassen.

Die Vertrauenszahnärzte sollen tunlichst im Einvernehmen mit der Zahnärzteorganisation ausgewählt werden.

Auf Wunsch einer Kasse ist die zuständige Zahnärzteorganisation verpflichtet, zu Untersuchungen u. dgl. Zahnärzte zu benennen.

In die Verträge zwischen Krankenkassen und Zahnärzten soll eine Bestimmung aufgenommen werden etwa folgenden Inhalts:

Zur Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Vertrage und zur Erledigung von Beschwerden der Kasse gegen einzelne Zahnärzte oder einzelner Zahnärzte gegen die Kasse wird ein gleichzählig zusammengesetzter Ausschuß eingesetzt. Kommt in diesem Ausschuß eine Einigung nicht zustande, so können die Vertreter einen Unparteiischen ernennen, der die Vertreter zu einem Schiedsgericht zusammenberuft. Dieses Schiedsgericht entscheidet endgültig.

Für vermögensrechtliche Streitigkeiten bleibt der ordentliche Rechtsweg offen.

§§ 10, 11 unverändert.

§ 12 lautet:

§ 12: Die Sätze dieses Tarifes gelten vom 1. Oktober 1921 an zunächst bis zum 31. Dezember 1921. Sofern nicht eine wesentliche Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse eintritt, gelten die Sätze weiter. Tritt eine solche wesentliche Veränderung ein, so ist im Dezember 1921 auf Antrag einer Vertragspartei über die Änderung dieser Sätze zu verhandeln.

Im Anschluß an diese Bestimmungen ist noch folgendes festgestellt worden:

Es herrscht Übereinstimmung darüber, daß die Gebühren für Besuche und Beratungen ebenso hoch festgesetzt werden, wie sie durch Tarifvertrag zwischen Ärzteorganisationen und Krankenkassen-Hauptverbänden vereinbart werden, jedoch mit der Maßgabe, daß für die Gruppe II eine Ermäßigung um 20 v. H. eintritt.

Über die Annahme der neuen Vereinbarungen werden sich die beiderseitigen Organisationen bis zum 4. November 1921 erklären. Erfolgt von beiden Seiten Zustimmung, so gelten diese Bedingungen als Vertrag.

Bei Beratung des § 4 waren sich die vertragschließenden Parteien darüber einig, daß im Saargebiet mit Rücksicht auf die dort vorhandenen besonderen Verhältnisse die Kassen und die Zahnärzte das Recht haben sollen, zur Gewährung von Zuschlägen zu den zentral vereinbarten Sätzen miteinander in Verbindung zu treten. Die Vertreter der Krankenkassen-Hauptverbände sicherten hierbei zu, daß sie ihrerseits gegen die etwaige Gewährung von Zuschlägen im Saargebiet trotz der ausdrücklichen Vereinbarung, daß für das besetzte Gebiet Zuschläge nicht zu bezahlen sind, Bedenken nicht geltend machen werden.

Nachdem, wie erwähnt, nur der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen seine Zustimmung versagt hat, gelten im Verhältnis der übrigen beteiligten Verbände die Sätze des neuen Tarifs gemäß § 12 über das Jahr 1921 hinaus weiter, „sofern nicht eine wesentliche Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse eintritt." Man kann nicht sagen, daß die hierdurch geschaffene Rechtslage sehr klar sei.

Die dem Ortskrankenkassenverband angeschlossenen Kassen sind darauf hingewiesen worden,

daß es ihnen überlassen bleiben müsse, örtliche Vereinbarungen mit den Zahnärzten zu treffen. Der Zahnärzteverband wiederum hat seinen Mitgliedern empfohlen, solche Vereinbarungen mit Ortskrankenkassen keinesfalls zu niedrigeren Sätzen als den Sätzen des neuen Abkommens abzuschließen.

Die Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Dentisten

— zu vgl. ArbVers. 1921 S. 54 nebst Änderung S. 674 — sind auf Antrag des Dentistenverbandes, dem die Kassenverbände zugestimmt haben, in dem den Tarif enthaltenden Punkt IV abermals geändert worden, wie folgt:

	Gruppe I: M.	Gruppe II: M.
2. Ausziehen eines Zahnes oder dessen Wurzeln	4	3
3b. Durch Injektion bis zu 2 nebeneinander stehenden Zähnen	5	5
Für jeden einzelstehenden Zahn	5	5
3c. Betäubung einer Kieferhälfte durch Injektion nicht mehr als	10	10
5. Öffnen eines Abszesses oder ähnliche kleine Verrichtungen	5	4
6. Für die Stillung einer erheblichen Nachblutung für jede Sitzung	4	3
7. Abätzen einer Zahnpulpa	4	3
8. Abätzen einer Zahnpulpa einschl. usw.	10	10
9. Vorbehandlung eines wurzelkranken Zahnes einschl. gesamter Wurzelfüllungen	10	10
10a. Füllung aus plastischem Material	9	9
b. Silikatfüllung für die 6 oberen und unteren Frontzähne	15	13

Zur Gruppe I gehören die Ortsklassen A und B der Besoldungsordnung, zur Gruppe II die Orte der Ortsklassen C, D und E. In Orten der Ortsklassen D und E wird ein Abschlag auf vorstehende Sätze der Gruppe II von 10 v. H. gewährt, jedoch mit Ausnahme der Orte, die im besetzten Gebiete liegen.

Die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung in der Angestelltenversicherung.

Von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte erhalten wir folgende Zuschrift: „Nach dem Gesetz vom 13. Dezember 1921 *) können sich die Angestellten, die durch die Erhöhung der versicherungspflichtigen Gehaltsgrenze auf 30 000 M. versicherungspflichtig geworden sind, von der eigenen Beitragsleistung befreien lassen, wenn für sie bis einschließlich 10. Juni 1921 der Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages beantragt worden ist und der Jahresbetrag der Beiträge für diese Versicherung einschließlich der Beiträge für etwaige Nachversicherungen am Tage des Befreiungsantrages mindestens dem Beitragsanteile gleichkommt, den sie seit dem 1. August 1921 zur Angestelltenversicherung zu zahlen hätten. Die Nachversicherungen müssen bis zum 31. Dezember 1921 beantragt worden sein. Die Befreiung ist bis zum 31. Januar 1922 bei der Ausgabestelle der Angestelltenversicherung des Beschäftigungsortes nachzusuchen; vorzulegen ist der Versicherungsschein und die letzte Versicherungskarte aus etwaiger früherer Beschäftigung.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat die Bearbeitung der Befreiungsanträge den Ausgabestellen übertragen. Etwaige Anträge sind daher nur dorthin zu richten.

Befreiungen von der eigenen Beitragsleistung, die auf Grund der bisherigen Gesetze ausgesprochen worden sind, fallen fort, wenn die Höhe der Beiträge zur Lebensversicherung einschließlich der Beiträge für etwa bis zum 31. Dezember 1921 beantragte Nachversicherungen nicht mindestens dem Beitragsanteile gleichkommt, den der Versicherte seit dem 1. August 1921 zur Angestelltenversicherung zu zahlen hätte. Über die hiernach etwa erforderlich werdenden Anträge entscheidet gleichfalls die Ausgabestelle."

*) ArbVers. 1922 Heft 2, S. 25, Artikel II.

Zum österreichischen Krankenversicherungsgesetz vom 30. März 1888 sind unter dem 21. Oktober 1921 zwei weitere Novellen — die VII. und VIII. — ergangen. Die erstere behandelt vornehmlich die Ausdehnung der KV. auf die Landwirtschaft, Hausgehilfen, Wechselarbeiter und unständig Beschäftigte. Für die landwirtschaftliche KV., deren Beiträge den Arbeitgebern und den Versicherten je zur Hälfte zur Last fallen, sind besondere Landwirschaftskrankenkassen vorgesehen, welche in der Regel je am Sitze einer politischen Behörde für ein ganzes Land (oder einen mindestens 5000 Versicherte umfassenden Gebietsteil) errichtet und zur Verfolgung gemeinsamer Zwecke (insbesondere Beschaffung von Heilbehelfen und Heilmitteln für Erkrankte, gemeinsame Vorsorge für ärztliche Hilfe, Veranstaltungen zum Zweck der Krankheitsverhütung, Anlage von Betrieb gemeinsamer Heilanstalten, Anstellung gemeinsamer Beamte und Kontrollorgane, Besorgung der Statistik) zu Landesverbänden und einem Reichsverband vereinigt werden sollen.

Dagegen können Hausgehilfen eines Dienstgebers, der Unternehmer eines gewerblichen Betriebes ist, entweder bei der Bezirkskrankenkasse oder bei einer genossenschaftlichen Gehilfenkrankenkasse oder bei einer Vereinskrankenkasse versichert werden. Dabei gilt als Arbeitgeber, wer Mittelspersonen, Zwischenmeister und Heimarbeiter als Auftraggeber unmittelbar beschäftigt, und zur Durchführung der KV. der in der Heimarbeit Beschäftigten können, insbesondere auf Grund von Vereinbarungen der Beteiligten, vom KVG. abweichende Vorschriften durch Verordnung getroffen werden.

Die Versicherung der berufsmäßig bei wechselnden oder mehreren Arbeitgebern Beschäftigten (Hauslehrer, Hausnäherinnen, Bedienerinnen, Krankenpflegerinnen u. dgl.) erfolgt durch die Bezirkskrankenkasse, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz haben; über diese Beschäftigten hat die Krankenkasse besondere Verzeichnisse zu führen. Auch haben diese Beschäftigten der Krankenkasse die vorgeschriebenen (sonst dem Arbeitgeber obliegenden) Meldungen selbst zu erstatten und ebenso die Beiträge selbst zu entrichten, vorbehaltlich der Rückforderung des dem Arbeitgeber zufallenden Anteils bei den jeweiligen Lohn- oder Gehaltszahlungen.

Für unständig Beschäftigte, d. h. Versicherte oder Gruppen von solchen, deren Beschäftigung ihrer Natur nach eine vorübergehende oder durch Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, kann

durch Verordnung oder Satzung der KrK. eine von den Vorschriften des KVG. abweichende Regelung vorgesehen werden.

Die VIII. Novelle bringt Abänderungen über die Lohnklasseneinteilung bzw. die Beitragsleistungen und die Versicherungsleistungen und bestimmt, daß die erhöhten Beiträge am 31. Oktober und die erhöhten Bezüge am 11. Dezember d. J. in Wirksamkeit treten.

Infolge dieser Abänderungen des KVG. ist gleichfalls unter dem 21. Oktober 1921 eine (III.) Novelle zum Arbeitslosenversicherungsgesetz vom 24. März 1920 ergangen, da die Beiträge für diese Versicherung sich nach den Beiträgen zum KVG. richten. Diese Novelle bestimmt, daß die Arbeitslosenunterstützung mit dem gesetzlichen Mindestbetrag des täglichen Krankengeldes, das dem Arbeitslosen auf Grund seines letzten krankenversicherungspflichtigen Arbeits- oder Dienstverhältnisses gebührt, bemessen werden soll *).

*) Die oben besprochenen Novellen sind im Wortlaut u. a. abgedruckt im „Arbeiterschutz", Zeitschrift für soziale Gesetzgebung, Organ der Reichskommission der Krankenkassen Österreichs, Nr. 21, Wien, 1. November 1921.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

1. **An unsere Leser.** Obigen, den veränderten Zeitverhältnissen notgedrungen angepaßten Vordruck über dieser Rubrik empfehlen wir aufs neue sorgfältiger Beachtung. Dabei wiederholen wir unsere oft ausgesprochene Bitte, die Anfragen auf besonderen, einseitig, recht deutlich beschriebenen Blättern an uns zu richten, die wir zurückbehalten. Auch erinnern wir daran, daß es nicht angeht, uns den Raum für eine Auskunft zuzumessen (z. B. durch Beifügung einer Postkarte), daß wir uns auf Beantwortung von Anfragen durch Telegraph oder Fernsprecher grundsätzlich nicht einlassen können, und daß der Regel nach auch eine schriftliche Auskunft nicht „umgehend" und eine Veröffentlichung bei dem großen Andrange nicht „in der nächsten Nummer" zu erwarten ist. Auf möglichst baldige Erledigung der Anfragen in der Reihenfolge ihres Einganges unter Berücksichtigung ihres Umfangs und ihrer Schwierigkeit nehmen wir ohnehin Bedacht. Aufmerksame Durchsicht dieser Spalten würde zahlreichen Fragestellern zum Vorteil gereichen und der immer stark beschäftigten Schriftleitung vielfach unfruchtbare Arbeit ersparen.

Familienhilfe für die aus eigener Versicherung ausgesteuerte Ehefrau eines gleichfalls versicherten Mannes.

2. **Nach Stollberg (Erzgeb.).** Antwort: Wir sind gleichfalls der Meinung, daß die Frage von allgemeinem Interesse ist. Eben deshalb haben wir eine Auskunft darüber bereits im Jahrg. 1921 S. 358 Ziff. 2 veröffentlicht.

Grenzen der freiwilligen Versicherung nach §§ 176, 310, 313 RVO.

3. **Nach Rochlitz i. Sa.** Antwort: Ein nach § 169 RVO. versicherungsfrei Gewordener, bisher Versicherungspflichtiger kann sich nach § 313 RVO. freiwillig weiterversichern (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1915 S. 162, 824) oder, wenn er hiervon keinen Gebrauch gemacht hatte, nach §§ 176, 310 RVO. freiwillig beitreten. Das Beitrittsrecht war bisher allerdings an die Voraussetzung geknüpft, daß sein jährliches Gesamteinkommen 2500 M. nicht überstieg. Diese, unter den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen unbillig niedrige Einkommensgrenze ist durch das neue, mit dem 1. 1. 22 in Kraft tretende Gesetz — dessen amtlicher Text uns zur Zeit dieser Auskunftserteilung noch nicht vorliegt — auf 40 000 M. erhöht. Das freiwillige Verbleiben in der Kasse ist an eine Einkommensgrenze überhaupt nicht gebunden (zu vgl. ArbVers. 1919 S. 698 Ziff. a).

a) Krankengeld der Kasse im Falle des § 214 RVO. neben Versorgungskrankenhausbehandlung. b) Kein Versorgungstaschengeld neben Kassenkrankengeld.

4. **Nach Plön.** Antwort: a) Da am 22. Oktober unzweifelhaft noch Unterstützungsansprüche gemäß § 214 RVO. gegenüber Ihrer Kasse bestanden, war von Ihnen dem Dienstbeschädigten während seiner stationären Behandlung im Versorgungskrankenhaus das Krankengeld zu zahlen. Voraussetzung ist dabei natürlich, daß in jener Zeit Arbeitsunfähigkeit im Sinne der RVO. vorlag und ärztlich bescheinigt wurde. Die Zuständigkeit nach § 8 RVG. war jedenfalls für Ihre Kasse gegeben.

b) Das Versorgungs-Taschengeld, um das es sich in Ihrem Falle handelt, ist keine Pflicht- sondern eine Kannleistung. Gemäß Nr. 44 Ziff. 3 Abs. 2 der „Leitsätze" für die Versorgungsheilbehandlung war das Versorgungs-Taschengeld schon deshalb nicht zu gewähren, weil dem Beschädigten für die Zeit der Anstaltsbehandlung von Ihrer Kasse Krankengeld zu zahlen war. Vermutlich war diese Sachlage dem Versorgungsamt nicht bekannt, sonst hätte es Ihre Kasse zur Zahlung des Versorgungstaschengeldes nicht angewiesen.

Auf Grund formaler Mitgliedschaft (§ 315 RVO.) erhobene Beiträge sind nicht zurückzuzahlen.

5. **Nach Langerfeld.** Antwort: Ihre Sachdarstellung ist unverständlich; namentlich können wir uns nicht annähernd eine Vorstellung davon machen,

wie das Versicherungsamt bereit sein kann, das Vermögen der aufgelösten Betriebskrankenkasse der Ortskrankenkasse L. zuzusprechen, wenn dieses Vermögen bereits vom Oberversicherungsamt D. der Ortskrankenkasse B. zugesprochen worden ist. Wenn es sich aber, wie es scheint, nur noch darum handelt, daß diese letztere Kasse sich weigert, die (nach Ihrer Angabe) zu Unrecht erhaltenen Beiträge an die Ortskrankenkasse L., als die eigentliche zuständige Kasse, herauszuzahlen, so ist diese Weigerung begründet, sofern die Voraussetzungen des § 315 RVO. tatsächlich vorliegen — was sich wieder mangels aller Angaben hierüber unserer Prüfung entzieht. Die Entscheidung des RVA., auf die sich die Ortskrankenkasse B. bezieht, ist offenbar die hier im Jahrg. 1916 S. 703 abgedruckte Entsch. Nr. 2231.

Wiederholte Bestrafung wegen fortdauernder Nichtmeldung nach Verurteilung aus § 530 RVO.

6. **Nach Halle a. S.** Antwort: Der meldesäumige Arbeitgeber wird durch die rechtskräftige Bestrafung aus § 530 RVO. nicht frei von seiner Meldepflicht. Durch seine Verurteilung ist vielmehr die Einheit seines strafbaren Verhaltens unterbrochen, und er vergeht sich von neuem gegen das Gesetz, wenn er nicht alsbald nach der Verurteilung die gebotene Meldung nachholt (zu vgl. Entsch. des bayr. LVA. in ArbVers. 1919 S. 653). Er kann also von neuem aus § 530 RVO. bestraft werden. Wir empfehlen, gegen die abweichenden Entscheidungen des Versicherungsamts Beschwerde zu erheben.

Gilt § 383 RVO. für Ersatzkassen?

7. **Nach Stettin.** Antwort: § 383 RVO. ist nicht ohne weiteres auf Ersatzkrankenkassen anwendbar. Daher braucht ihre Satzung an sich nicht zu bestimmen, daß bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten sind. Nach § 507 RVO. sind aber dem Versicherungspflichtigen mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen nach dem Grundlohn zu gewähren, der bei seiner Krankenkasse maßgebend ist. Die Weiterzahlung der Beiträge bedeutet eine mittelbare Kürzung des Krankengeldes. Diese Kürzung kann also nur insoweit als zulässig gelten, als dadurch das Krankengeld nicht unter den Betrag des Mindestkrankengeldes sinkt. Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2a zu § 507.

a) **Krankengeld bei einer Reise zum Zweck einer Röntgenaufnahme.** b) **Übertritt zu einer anderen Kasse während Bezugs von Leistungen aus § 214 RVO.**

8. **Nach Storkow (Mark).** Antwort: a) Maßnahmen zur Feststellung der Art und des Sitzes der Krankheit bilden einen Teil der ärztlichen Behandlung; hierzu gehörte auch die vom Kassenarzt für notwendig erachtete Röntgenaufnahme (vgl. Entsch. des bad. VerwGerHofs in ArbVers. 1901 S. 507). Ist zu diesem Zwecke eine Reise des Kranken erforderlich und kann er infolgedessen seiner Erwerbstätigkeit nicht nachgehen, so ist er infolge der Krankheit arbeitsunfähig und hat daher Anspruch auf Krankengeld (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 6e zu § 182 RVO.).

b) Ihre zweite Frage ist unverständlich. Von einer „freiwilligen Weiterversicherung nach § 214 RVO." kann keine Rede sein, sondern diese Vorschrift verlängert die Versicherung des erwerbslos aus der Kasse Ausgeschiedenen kraft Gesetzes, ohne daß es hierzu einer Erklärung des Versicherten bedarf. Wenn er während des Bezugs von Leistungen aus § 214 in versicherungspflichtige Beschäftigung tritt und dadurch Mitglied einer anderen Kasse wird, so hat diese die weitere Leistung nach § 212 RVO. zu übernehmen (Hahn, a. a. O. Anm. 6 zu § 212).

Kein Anspruch auf Familienhilfe aus § 214 RVO.

9. **Nach Stollberg.** Frage: Unsere Kasse gewährt Familienhilfe nach einer Wartezeit von drei Monaten. Kann nun ein Mitglied, welches aus der Kasse, bei welcher Familienhilfe besteht, ausscheidet, und innerhalb drei Wochen in eine andere Kasse eintritt, welche keine Familienhilfe hat, noch Ansprüche an die erste Kasse geltend machen, da die drei Wochen noch nicht verstrichen sind?

Antwort: Offenbar nehmen Sie an, daß ein Anspruch aus § 214 RVO. in Frage kommen könnte. Das ist aber zu verneinen, weil § 214 nur da anwendbar ist, wo ein Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit stattgefunden hat, also dann nicht, wenn die Mitgliedschaft bei der zweiten Kasse durch eine versicherungspflichtige Beschäftigung begründet ist oder auf Grund der Versicherungsberechtigung nach § 176 RVO. entsteht. Sodann aber gewährt § 214 stets nur einen Anspruch auf die Regelleistungen. Zu diesen gehört aber die Familienhilfe aus § 205b nicht; denn sie steht den Familienangehörigen nicht kraft Gesetzes zu, sondern sie „kann" nur durch die Satzung zugebilligt werden, ist also eine Mehrleistung.

Beschränkung der Ansprüche gemäß § 215 Abs. 2 RVO. trotz unterbliebener Ermäßigung der Beiträge nach Abs. 3.

10. **Nach Neustadt (O.-S.).** Antwort: Freiwillig Beigetretene, deren Ansprüche nach § 215 Abs. 2 RVO. (§ 21a Ihrer Satzung) beschränkt sind, haben keinen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a RVO. (zu vgl. die Äußerung des RVA. im Bescheide des Reichsarbeitsministers v. 14. 11. 20, ArbVers. S. 128). Daß entgegen dem Abs. 3 des § 215 RVO., die Beiträge nicht entsprechend ermäßigt worden sind, kann den Anspruch auf Wochenhilfe nicht rechtfertigen. Das Oberversicherungsamt hätte den Satzungsnachtrag nicht ohne gleichzeitige Ermäßigung der Beiträge genehmigen dürfen und wird nun nachträglich eine entsprechende Änderung (Ergänzung) der Satzung mit Rückwirkung auf den Zeitpunkt, in welchem der Satzungsnachtrag in Kraft getreten ist, anordnen müssen (§ 326 RVO.). Alsdann wird die Kasse die überhobenen Beiträge zurückzuzahlen haben.

Der uns übersandte Bescheid des Oberversicherungsamts Breslau v. 1. 12. 21 (A. 889, 21) ist ohne Interesse, weil er jeder Begründung entbehrt. Wir verweisen auf unsere Auskünfte in ArbVers. 1921 S. 557 Ziff. 7 und 599 Ziff. 2.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1343 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. Februar 1922 | Heft 5

Rente und Armenunterstützung.

Von Stadtrat H. v. Frankenberg in Braunschweig.

Durch die Teuerungszulagen zu den Invaliden-, Alters-, Kranken-, Witwen-, Witwer- und Waisenrenten und durch die kurz nachher auch für schwerere Unfälle eingeführte abermalige Erhöhung der Unfallrenten ist die Aufmerksamkeit weiter Kreise wieder auf die oft erörterte Frage gelenkt worden, ob und in welchem Umfange die Armenpflege durch die Leistungen der Reichsversicherung entlastet wird. Es würde von einer außerordentlichen Unkenntnis des Sachverhalts zeugen, wenn man diese Entlastung bestreiten wollte: sie tritt in einer Reihe von Erscheinungsformen zutage, von denen jede einzelne sich statistisch sehr schwer erfassen läßt, die aber in ihrer Gesamtheit erheblich ins Gewicht fallen.

Ziffernmäßig am klarsten erkennbar sind die Fälle, in denen die Armenverwaltung bisher, weil der Rentenbezug noch nicht (oder nicht in dieser Höhe) bestand, zum vorläufigen Eingreifen genötigt war. Sie darf sich bekanntlich nicht schlechtweg darauf berufen, daß nach Empfang der Versicherungsbezüge die Bedürftigkeit beseitigt sein würde, sondern sie muß zunächst, bis die Rente angewiesen und abgehoben ist, nach Bedarf mit ihren Leistungen eintreten, die als ein Vorschuß zu betrachten sind. Freilich kann sie sich dagegen wehren, daß jemand durch Hinauszögerung des Rentenantrages die Angelegenheit beliebig verschleppt; eine Kürzung oder Versagung der Barunterstützung, vielleicht auch die Verweisung auf die geschlossene Armenpflege (Armen- oder Siechenhaus) kann zur Gegenwehr solcher Versuche in Betracht kommen.

Die dauernde oder vorübergehende Aufnahme von Rentenberechtigten in die Armenanstaltspflege hat häufig ebenfalls einen einstweiligen Charakter: die Rente harrt noch der Festsetzung und Auszahlung, die Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung (z. B. bei Geisteskranken, Gelähmten usw.) ist aber nicht zu bezweifeln, und so muß die Armenbehörde die Kosten bis auf weiteres tragen, wenn andere Mittel (z. B. Zuschüsse unterhaltspflichtiger Angehöriger) nicht vorhanden sind oder nicht genügen.

Die wichtigste, aber in der statistischen Ermittelung wohl schlimmste Erscheinungsform der Entlastung besteht in dem Tatbestande, daß jemand nur um deswillen keine Armenunterstützung beantragt und bezieht, weil ihm bereits Rente gewährt wird. Durch die Erhöhung des reichsgesetzlich für Versicherte anerkannten Notbedarfs auf monatlich 250 M. (für Invaliden-, Alters- und Krankenrentner) und auf 175 M. (für Witwen-, Witwer- und Waisenrentner) verschiebt sich die wirtschaftliche Lebensführung und ihr Zusammenhang mit der Armenverwaltung sehr beträchtlich. Nach einer Umfrage, die vor kurzem in einer Reihe nord- und mitteldeutscher Städte veran-

staltet wurde, gilt als armenrechtlicher Notbedarf für alleinstehende Personen und für Haushaltungsvorstände durchschnittlich ein Betrag von 200 M. monatlich. Es würde sich hieraus die Schlußfolgerung ergeben, daß jemand, der diese 200 M. auf andere Weise (z. B. als Rente) monatlich erhält, daneben keine Anwartschaft auf Armenunterstützung besitzt, weil letztere stets nur zur Ergänzung des am Notbedarf Fehlenden bestimmt ist. So scharf sind jedoch bisher die meisten Armenämter nicht mit ihren Schutzbefohlenen ins Gericht gegangen: bei der überwiegenden Mehrzahl unter ihnen galt es als Regel, daß nicht der volle Rentenbezug auf die Höchstsätze der Armenpflege angerechnet wurde, sondern daß man den Beteiligten entgegenkam und nur einen Teil berücksichtigte. Da die Versicherten die Hälfte der Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung grundsätzlich selbst zu tragen haben, so entsprach es diesem Anteil und dem Gedanken einer gewissen Billigkeit, wenn nur die halbe Rente in Rechnung gestellt wurde. Es muß in Ermangelung einer reichsgesetzlichen Bindung, die wohl nicht in eine Novelle zur RVO., sondern in ein neues deutsches Armengesetz gehören würde, den einzelnen Armenverwaltungen überlassen werden, wie sie sich künftig nach der reichlichen Erhöhung der Teuerungszulagen der Rentenempfänger zu der Berechnungsfrage stellen wollen. Es darf übrigens nicht unbemerkt bleiben, daß die Invaliden-, Alters- und Krankenrenten vom 1. Oktober 1921 ab rückwirkend nur so weit zu erhöhen sind, daß die Gesamteinnahmen des Berechtigten im Monat etwa 250 M. erreichen. Ist also noch ein mäßiger Verdienst, ein Zinsgenuß, ein Zuschuß Angehöriger oder eine sonstige Einkunftsquelle vorhanden, so darf an dieser nicht vorbei gegangen werden. Nur die Armenbezüge selbst zählen nicht als eine Einnahme in diesem Sinne, sie behalten ihre bedarfsmäßige Zuschußnatur bei, sie schrumpfen bei der Erhöhung der Teuerungszulagen entsprechend zusammen, je nachdem die Behörde die volle oder die eingeschränkte (halbe) Anrechnung zur Regel gemacht hat, und es ist im hohen Maße wahrscheinlich, daß viele Rentner in Zukunft durch die Aufbesserung ihrer Versicherungsbezüge der Notwendigkeit enthoben sein werden, sich noch an die Armenpflege zu wenden.

In der nächsten Zeit wird die Erstattung von Armenunterstützungen aus den nachzuzahlenden Beträgen der erhöhten Teuerungszulage (für die Zeit vom 1. Oktober v. Js. bis Ende Januar, Februar oder März d. Js.) eine sehr bedeutsame Rolle spielen. Mehr als die Hälfte dieser Nachzahlungen darf die Armenbehörde im allgemeinen nicht in Anspruch nehmen, auch wenn sie dadurch nicht voll für ihre Aufwendungen gedeckt wird. Es ist also denkbar, daß dem Rentenberechtigten auf einem Brette ein recht erheblicher Betrag nachträglich ausgezahlt wird, und es mag dann von Fall zu Fall geprüft werden, ob er angesichts dieses einmaligen, ansehnlichen Geldbetrages, den ihm das Reichsgesetz zukommen läßt, für absehbare Zeit überhaupt bedürftig ist. Vor übermäßiger Strenge mag gewarnt werden, aber es läßt sich doch nicht leugnen, daß neben der Deckung etwaiger Schulden (für Miete usw.) auch die Beschaffung des nötigen ferneren Bedarfs (z. B. an Kleidung, Bettzeug u. dgl.) wesentlich durch diese Summe erleichtert wird.

Die reichsrechtlichen Bestimmungen nehmen besondere Rücksicht auf die in Anstalten auf Rechnung der Armenverwaltung verpflegten Personen: sie sichern ihnen den vierten Teil der erhöhten Rentenbezüge als eine Art von Taschengeld oder persönlicher Zulage, so daß auf alle Fälle die Beteiligten einen merkbaren Nutzen von der Teuerungsfürsorge des Reichsgesetzes haben sollen. Die anderen drei Vierteile können nach den allgemeinen Vorschriften von der Armenbehörde in Anspruch genommen werden. Dies ist im Wege der Überweisung (mit Zustimmung des Versicherungsamts) oder der sonstigen Inanspruchnahme (mit Einwilligung des Rentenberechtigten oder auf Entscheidung

des Oberversicherungsamts) möglich und wird, nachdem das Reichsversicherungsamt in einer durchaus zweckmäßigen Weise die Unterlagen für das Vorgehen geschaffen hat, regelmäßig so gehandhabt, daß den Rentenberechtigten ein Teil (Prozentsatz oder feste Summe) der Rente belassen, der Rest aber zur Deckung des Armenaufwandes gefordert wurde. Dabei pflegt als Voraussetzung zu gelten, daß voller Unterhalt in der betreffenden Anstalt (Krankenhaus usw.) gewährt wird, also auch Kleidung u. dgl., während bei kurzzeitigem Aufenthalt in einer Anstalt meistens die Lieferung von Bekleidung ausscheidet, da die Kranken diese mitbringen.

Bei einer auf Jahre bemessenen, längeren Anstaltspflege (z. B. in einem Kinderheim) wird die Rente immer nur zu drei Vierteilen von der Armenbehörde mit Beschlag belegt werden können. Anders liegt die Sache, wenn die Verpflegten (oder ihre Unterhaltspflichtigen) selbst die Träger der Kostenlast sind oder in Zukunft werden. Wer dazu künftig unter Zuhilfenahme der Teuerungszulagen imstande ist, der braucht die Mittel der Steuerzahler in Gestalt der öffentlichen Armenhilfe nicht in Anspruch zu nehmen, sondern er ist sein eigener Ernährer. Es wird manche Fälle geben, in denen fortan die Rentenerhöhung genügt, um den Pflegling wirtschaftlich auf eigene Füße zu stellen, z. B. wenn eine private Wohltätigkeitsanstalt sich ein mäßiges Pflegegeld (etwa bis zu 6 M. täglich) von der Armenverwaltung zahlen ließ, auf das sie nun verzichten kann, weil die erhöhte Waisenrente (2100 M. jährlich) ausreicht. Auch ergänzende Zahlungen (z. B. der Mutter, die auf Arbeit geht) mögen dabei aushilfsweise in Betracht kommen.

Alles in allem ergeben die vorstehenden Ausführungen, daß die Armenunterstützung durch die Teuerungszulagen nicht selten ausgeschaltet, fast jedesmal aber stark ermäßigt wird.

Die Deckung der wachsenden Krankenhauskosten*).

Von Artur Bergmann, Vorsteher der Krankenabteilung der Allgem. Ortskrankenkasse zu Breslau.

Zu dieser sehr wichtigen, gegenwärtig alle Kassenorgane stark in Anspruch nehmenden Frage, hat Herr Stadtrat v. Frankenberg in überaus dankenswerter Weise in der ArbVers. v. 21. 4. 20 S. 226 Stellung genommen. Diese Ausführungen bedürfen einer Ergänzung, da die weiter unheimlich anwachsenden Krankenhauskosten geeignet sind, die ganze Krankenversicherung lahm zu legen.

Der bisher vornehmste Grundsatz jeder soliden Kassenverwaltung, „Keine Ausgabe ohne Deckung“, ist durch die, in allen Krankenhäusern ständig steigenden Verpflegungssätze elend zertrümmert worden. Schwanken doch die täglichen Verpflegungskosten für unsere Kassenmitglieder in den einzelnen Orten bereits zwischen 15 bis 39 M pro Kopf und darüber.

Der geradezu katastrophalen Wirkung dieser enormen Ausgaben stehen unsere Kassenvorstände und Aufsichtsbehörden bis jetzt ratlos gegenüber. Einig ist man sich darüber, daß die laufende Deckung derartig hoher und noch steigender Verpflegungssätze weit über den Rahmen der Möglichkeit und der Zulässigkeit hinausgeht.

Es erscheint daher angebracht, einmal nachzuprüfen und festzustellen, inwieweit erstens die Ortskrankenkassen nach dem geltenden Recht zur Tragung dieser Mehrkosten „gesetzlich“ verpflichtet sind, und zweitens, inwieweit eine Stadtgemeinde oder ein Armenverband Ersatz der Verpflegungs-

*) Die Schriftleitung setzt voraus, daß die ihr ohne Vorbehalt zugehenden Aufsätze nur für die „Arbeiter-Versorgung“ bestimmt sind. Ein solcher Vorbehalt war im vorliegenden Falle nicht gemacht. Gleichwohl ist der vorliegende Aufsatz, nachdem er für uns bereits gesetzt war, in einer anderen Zeitschrift erschienen.

kosten von den Kassen zu fordern berechtigt ist. Diese Feststellungen sind deshalb wichtig, weil sie zu einer wesentlich anderen Beurteilung dieser Streitfragen führen, dabei noch die Frage der Kostendeckung in einem, den Kassen viel günstigerem Licht erscheinen lassen.

Zunächst sei festgestellt, daß die Reichsgesetzgebung, die Errichtung und Unterhaltung der erforderlichen Krankenanstalten zur Heilung und Versorgung von Kranken, Irren und Siechen aus den öffentlichen Mitteln der politischen Gemeinden durch das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 8. 3. 71 und 30. 5. 08 vorgeschrieben hat, wobei die wirtschaftliche und soziale Verpflichtung der Gemeinden im § 29 U. W. G. festgelegt ist. In den einzelnen Staaten sind über den Umfang der Unterstützungspflicht nähere Vorschriften erlassen*), und zwar für:

1. Preußen die landesgesetzlichen Bestimmungen über den Umfang der Unterstützungspflicht in dem Ausf. Ges. v. 8. 3. 71 Instr. v. 10. 4. 71 VerwMinBl. S. 132,
2. Sachsen durch Verordnung v. 6. 6. 71,
3. Württemberg durch Ausf. Ges. v. 17. 4. 73,
4. Baden durch Gesetz v. 5. 5. 70,
5. Hessen durch Gesetz v. 14. 7. 71,
6. Mecklenburg-Schwerin durch Verordnung v. 20. 2. 71,
7. Sachsen-Weimar durch Ausf. Ges. v. 23. 2. 72,
8. Mecklenburg-Strelitz durch Ausf. Verordnung v. 14. 6. 00,
9. Oldenburg durch Rev. Gemeindeverordnung v. 15. 4. 73,
10. Braunschweig durch Ausf. Ges. v. 5. 6. 71,
11. Sachsen-Meiningen durch Ausf. Ges. v. 24. 2. 72,
12. Sachsen-Altenburg durch Ausf. Verordnung v. 3. 6. 71,
13. Sachsen-Koburg-Gotha durch Ausf. Ges. v. 31. 5. 21,
14. Anhalt durch Ausf. Ges. Nr. 263 v. 29. 6. 71,
15. Schwarzburg-Sondershausen durch Ausf. Ges. v. 25. 1. 72,
16. Schwarzburg-Rudolstadt durch Ges. v. 23. 6. 71,
17. Waldeck durch Ausf. Ges. v. 29. 6. 71,
18. Reuß (Greiz) ä. L. durch Ges. v. 1. 7. 78,
19. Reuß (Gera) j. L. durch Gesetz v. 21. 6. 71,
20. Schaumburg-Lippe durch Ausf. Ges. v. 7. 3. 72,
21. Lippe durch Ausf. Ges. v. 12. 9. 77,
22. Lübeck durch Ausf. Ges. v. 14. 12. 11,
23. Bremen durch Ausf. Ges. v. 2. 1. 71,
24. Hamburg durch Ausf. Ges. v. 23. 6. 71,
25. Elsaß-Lothringen durch Ausf. Ges. v. 8. 11. 09.

Im Anschluß an das Reichsgesetz vom 8. 3. 71 ist für Preußen noch das Gesetz vom 11. 7. 91 hervorzuheben, welches die Gemeinden und Landesarmenverbände verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, in geeigneten Anstalten Sorge zu tragen.

Die Gemeinden, denen die Krankenanstalten gehören, haben auch die Kosten für die darin verpflegten Ortskranken zu tragen. Werden Kranke aus anderen Gemeinden verpflegt, so haben diese die entstandenen Kosten nach einem geltenden Tarif zu ersetzen, der für Preußen durch den Ministerialerlaß vom 30. 11. 10 (VerwMinBl. S. 333) festgesetzt worden ist und nur 90 ₰ bis 1 ℳ pro Tag betrug. Es liegt auf der Hand, daß durch einen solch geringen Betrag auch in Friedenszeiten die entstandenen Kosten nicht gedeckt waren, sondern die Gemeinden von jeher aus öffentlichen Mitteln erhebliche Zuschüsse leisten mußten.

Wichtig ist nun festzustellen, inwieweit die Ortskrankenkassen oder sonstige Drittschuldner, Arbeitgeber oder allgemein Unterhaltungspflichtige, sowie die Verpflegten selbst, zur Kostendeckung verpflichtet sind.

*) Bayern ist in der Aufzählung nicht erwähnt, weil dort auf Grund eines Sonderabkommens das Armenwesen nicht auf der Grundlage des UnterstWohnsGes. geregelt ist. Es gilt dort namentlich ein besonderes Gesetz über die öffentliche Armen- und Krankenpflege in der Fassung der Bekanntmachung v. 30. 7. 99.

Von genereller Bedeutung ist hier der Abs. 4 des § 30 d. U. W. G.; danach richtet sich die Höhe der zu erstattenden Kosten nach den am Ort geltenden Grundsätzen, ohne daß dabei die allgemeinen Verwaltungskosten oder besondere Gebühren in Ansatz gebracht werden dürfen! Ausdrücklich sind die Kostenansätze für Gundstückserwerb, Zinsen, Bauten, innere und äußere Einrichtung, Besoldung des Anstaltspersonals und der Ärzte, der Rechnungsaufstellung entzogen. Es sind dies vielmehr ohne weiteres Lasten, die eben aus „öffentlichen Mitteln" zu bestreiten sind.

Im völligen Einklang mit diesen gesetzlichen Bestimmungen hat nun der Gesetzgeber in voller Würdigung aller Umstände, die Krankenhauspflege gemäß § 184 RVO. zu einer „Kannleistung" der Krankenkassen und sonstigen Versicherungsträger gestempelt.

Es ist bei diesen Feststellungen direkt erkennbar, daß diese Bestimmung in Übereinstimmung mit dem Wortlaut des älteren Unterstützungs-Wohnsitz-Gesetzes geschaffen worden ist, zumal sich die Krankenversicherung im Laufe der Jahre bereits zu einer bedeutenden Entlastung der Armenfürsorge der großen Städte und Gemeinden herausgebildet hat. Im zweiten Abschnitt des fünften Buches der RVO. sind denn auch die Beziehungen zu den anderen Verpflichteten formgerecht im § 1527 geregelt worden. Es heißt da ausdrücklich: „Unberührt von diesem Gesetze bleiben die gesetzlichen Pflichten der Gemeinden und Armenverbände zur Unterstützung und Fürsorge für die nach diesem Gesetz Versicherten und ihre Hinterbliebenen bestehen."

Hierzu hat der Reichsverband deutscher Städte eine beachtenswerte Hinweisung gegeben und die Gemeinden ersucht, die Verpflegungssätze für erkrankte Kassenmitglieder im Einklang mit dem § 30 des U. W. G. tunlichst zu ermäßigen, da die Kassen soziale Einrichtungen seien, also den Armenverbänden der einzelnen Orte gleichstehend zu erachten sind.

Ebenso zutreffend hat Stadtrat v. Frankenberg in der „Arbeiter-Versorgung" zu einer Verständigung zwischen den Gemeinden, Kreisen, Provinzialverwaltungen und Versicherungsträgern aufgefordert, um einen gerechten und verständigen Ausgleich herbeizuführen und unnötige Streitigkeiten zu vermeiden. Es müsse vermittelnd gewirkt werden, um das Ineinandergreifen der helfenden sozialen Organe zu erleichtern.

Die Kassenvorstände haben bisher lediglich in Rücksicht auf die Finanzlage der Städte und Gemeinden und um ihre Mitglieder auch vor den Regreßansprüchen der Armenverbände zu schützen, über die gesetzliche Verpflichtung des § 1531 der R. V. O. hinaus, die steigenden Krankenhauskosten an die Stadtgemeinden und Armenverbände, ohne Gegenliebe zu finden, bezahlt. Es sind dies Riesensummen, die in Ziffern ausgedrückt zum Beispiel in Breslau im Jahre 1919 bei 132 230 Mitgliedern 747 279,80 M. betrugen, im Jahre 1920 bei 138 133 Mitgliedern auf 2 846 442,89 M. und bis 1. Oktober 1921 bei 136 022 Mitgliedern auf 4 392 898,90 M. angewachsen sind.

Diese wenig erfreulichen Verhältnisse zwangen bereits einen Teil der Kassen, gestützt auf § 184 der RVO., die Krankenhauspflege als K a n n leistung einzuschränken und nur nach § 1531 der RVO. Ersatz zu leisten. Diese Maßnahme war erforderlich, da einige mit wenig sozialem Öl gesalbten Stadt- und Armenverwaltungen ohne vorherige Fühlungnahme die Verpflegungssätze einfach steigend mit den Betriebskosten erhöhten. An die Kassenvorstände erging dabei die gesetzwidrige Aufforderung, sofern sie diese Sätze nicht zahlen wollten, die Kranken aus den städtischen Krankenhäusern herauszunehmen. Diese Aufforderung steht nicht nur im schärfsten Widerspruch zur Notlage unseres verarmten Volkes, sondern wirkt geradezu erbitternd und aufreizend, im Vergleich zu den verständigen Anregungen des Städtetages und den Vermittelungsbestrebungen v. Frankenbergs.

Hierbei ist noch hervorzuheben, daß bereits ganze Abteilungen mit vielen Betten leer stehen, da sich die Zahl der Kriegsver-

letzten ständig verringert, so daß sich die Betriebskosten pro Kopf berechnet ständig erhöhen; diesen Ausfall sollen die Krankenkassen einfach bezahlen!

Es geht nicht an, liegt auch nicht im Willen des Gesetzgebers, in einseitiger Weise allein Handwerk, Industrie und Versicherte zur Tragung der erhöhten Lasten der Krankenhauspflege heranzuziehen, während weite Kreise der Bevölkerung, die keine Leute beschäftigen, die keine sozialen Abgaben oder Beiträge zur sozialen Gesetzgebung zu zahlen haben, von Tragung dieser erhöhten Lasten befreit bleiben, die nicht nur der Gesetzgeber, sondern von jeher auch Nächstenliebe und Barmherzigkeit auf die ganze Bevölkerung verteilt haben. Hier dürfte sich den neu begründeten Arbeitsgemeinschaften unserer Versicherungsträger ein segensreiches Arbeitsfeld eröffnen.

Man kann es als einen Teil der Lösung der sozialen Frage bezeichnen, wenn bisher unabhängig von Geld und Gut jährlich Hunderttausende in den Krankenhäusern kostenfrei ihre Heilung und Erwerbsfähigkeit wiedererlangten. Zu einer Zeit, wo die Gesundheit der breiten Volksmasse den einzigen Reichtum, ja das Nationalvermögen des verarmten deutschen Volkes darstellt, müssen auch die der Allgemeinheit dienenden Einrichtungen, wie es die öffentlichen Krankenhäuser sind, von ihr selbst getragen werden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 12 der Amtl. Nachr. v. 15. Dezember 1921.)

I. Unfallversicherung.

Der Antrag auf Verteilung der Entschädigungslast durch das Reichsversicherungsamt gemäß § 1740 RVO. kann nur vom Genossenschaftsvorstande — nicht vom Sektionsvorstande — gestellt werden (3086 S. 420).

Die Zulage zu einer Rente auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung nach der Vrdg. v. 5.5.20 (RGBl. S. 878) ist, wenn der Rentenlauf während eines Kalendermonats beginnt, erst vom nächsten Monatsersten ab zu gewähren; im übrigen ist die Zulage für diejenigen vollen Kalendermonate, innerhalb deren sich die Höhe der Rente ändert, entsprechend den tatsächlichen Rentenbezügen zu berechnen (3087 S. 421).

Ist im Urteil eines Oberversicherungsamts außer über Neufeststellung der Rente wegen veränderter Verhältnisse auch über andere Ansprüche erkannt, so gilt es durch einen gegen ein früheres Urteil schwebenden Rekurs nur insoweit als angefochten, als es über die Neufeststellung entschieden hat (3088 S. 423).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Eine Entbindung im Sinne des § 195a RVO. liegt nur vor, wenn der neue Organismus — das Kind — vom mütterlichen abgetrennt wird, um ein selbständiges Leben zu führen (2678 S. 433).

Ein Anspruch auf Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. (in der Fassung des Ges. v. 26.9.19) setzt voraus, daß die häusliche Gemeinschaft zur Zeit der Entbindung bestanden hat (2679 S. 434).

Eine Satzungsbestimmung, die als Familienhilfe freie ärztliche Behandlung nur durch Kassenärzte vorsieht, schließt den Anspruch außerhalb des Kassenbezirks wohnender Versicherter auf ärztliche Versorgung ihrer Familienangehörigen nicht aus. Zu vgl. Entsch. 2588, Amtl. Nachr. 1920 S. 379 (2680 S. 435).

Durch unbeanstandete Annahme von Zusatzbeiträgen während dreier Monate wird die Pflicht der Kasse zur Gewährung der Familienhilfe noch nicht begründet. § 213 RVO. gilt nicht entsprechend (2681 S. 436).

Der Kinderzuschuß ist kein selbständiger Anspruch, sondern ein von der Rente untrennbarer Bestandteil. Somit stellt sich der nach dem Gesetz vom 23.7.21 (RGBl. S. 984, ArbVers. S. 470) erforderliche Umrechnungsbescheid als ein neuer Rentenfeststellungsbescheid dar, dem das neue Recht zugrunde zu legen sein wird. Das gilt im wesentlichen auch für die Waisenrenten, wenngleich hier die einzelnen Waisen die Rentenberechtigten sind. Es ist ausgeschlossen, innerhalb desselben Waisenstammes die Renten, die jetzt grundsätzlich gleich sind, verschieden festzusetzen. (Bescheid 2682 S. 437.)

B. Allgemeines.

Keine ausschlaggebende Stimme des Vorsitzenden (§ 9 RVO.) bei geheimer Abstimmung.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Oktober 1921 (2675 Amtl. Nachr. 1921 S. 415).

In der Niederschrift über die Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes der Allgemeinen Ortskrankenkasse W. heißt es: „Abgegeben wurden 18 Stimmzettel, von denen 9 auf den Namen des Herrn H. und 9 auf den Namen des Herrn L. lauteten. Gemäß § 62 der Satzung der Kasse gibt bei Stimmengleichheit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Das dem Lebensalter nach älteste Mitglied des Vorstandes Frau M., die in Gemäßheit des § 60 der Satzung als Geschäftsleiterin bzw. als Vorsitzende fungierte, gab alsdann ihre Stimme für Herrn H. ab. Somit ist Herr H. zum Vorsitzenden des Vorstandes gewählt." — Diese Wahl wurde von dem Vorstandsmitgliede L. angefochten, worauf der Oberbürgermeister (Versicherungsamt) als Aufsichtsbehörde die Wahl des Vorstandsmitglieds H. zum ersten Vorsitzenden für ungültig erklärte. In der Entscheidung ist im wesentlichen ausgeführt, daß bei einer geheimen Wahl im Falle der Stimmengleichheit die Entscheidung durch die Stimme des Vorsitzenden nicht herbeigeführt werden könne. Hiergegen legte das Vorstandsmitglied Sch. Beschwerde beim Oberversicherungsamt ein. Das Oberversicherungsamt wies jedoch die Beschwerde zurück, weil der Beschwerdeführer nicht als Beteiligter angesehen werden könne, da er weder als Vorsitzender gewählt sei, noch das Wahlverfahren von ihm durch eine etwaige Erklärung oder durch Einreichung eines Schriftsatzes, wie dieses seitens des Vorstandsmitglieds L. geschehen sei, beanstandet sei. Gegen diese Entscheidung hat das Vorstandsmitglied Sch. weitere Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt mit dem Antrag, die bezeichnete Entscheidung aufzuheben und auszusprechen, daß die in Rede stehende Wahlhandlung dem Gesetz und der Satzung der Ortskrankenkasse entspricht. — Das RVA. hat die weitere Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Der Beschlußsenat, dem die Sache gemäß § 1781 Abs. 2 RVO. zur Entscheidung überwiesen ist, vermochte die Begründung der Entscheidung des Oberversicherungsamts nicht für stichhaltig zu erachten. Wie in der weiteren Beschwerde zutreffend ausgeführt wird, müssen die zur Wahl des Vorstandsvorsitzenden Wahlberechtigten auch als Beteiligte im Sinne der §§ 1791 ff. RVO. gelten (zu vgl. auch Entsch. 2182, Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 431). Hiernach war das Vorstandsmitglied Sch. zur Beschwerde legitimiert. Auch ist die Annahme des Oberversicherungsamts unzutreffend, daß er seines Beschwerderechts verlustig gegangen sei, weil er es nicht bereits beim Versicherungsamte geltend gemacht habe. Dem steht die Erwägung entgegen, daß Sch., der die Wahl als ordnungsmäßig zustandegekommen ansah, noch nicht beschwert war, solange nicht die Wahl durch die Entscheidung des Versicherungsamts für ungültig erklärt war.

In der Sache selbst ist der Senat der Entscheidung des Versicherungsamts beigetreten. Vorliegend hat die Wahl durch Stimmzettel stattgefunden. Die Abstimmung sollte also geheim sein. Damit ist es unvereinbar, wenn der Vorsitzende seine Stimmabgabe bekannt gibt und eine solche Erklärung für das Ergebnis der Wahl verwertet wird (zu vgl. auch Hanow, Kommentar, 3. Aufl., Anm. 5 zu § 9). Hiernach rechtfertigt sich die Entscheidung des Versicherungsamts, ohne daß es weiterer Prüfung bedarf, ob überhaupt der Leiter der Wahlhandlung als Vorsitzender im Sinne des § 9 RVO., dessen Stimme bei nicht geheimer Wahl den Ausschlag gibt, angesehen werden kann. Ebensowenig bedarf es der Erörterung der Frage, wie weiter zu verfahren ist, wenn bei geheimer Wahl Stimmengleichheit herrscht und die Kassensatzung für diesen Fall keine Bestimmung getroffen hat.

Berücksichtigung unsicherer Bezüge bei Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes.

Urteil des Oberschiedsger. f. AngestVers. vom 23. März 1921 (P. 24/II).

. . . Für den Verstorbenen sind unbestrittenermaßen entrichtet worden: In den Jahren 1913, 1914 und 1915 je 12, insgesamt also 36 Pflichtbeiträge. Streitig ist die Natur der für die Jahre 1916 und 1917 entrichteten Beiträge. Nach der zu den Akten des Rentenausschusses eingereichten Bescheinigung der damaligen Arbeitgeberin des Verstorbenen vom 10. Juni 1920 hat B. im Jahre 1916 2500 M. Gehalt und 2568,87 M. Tantieme, 1917 2600 M. Gehalt und 6102,78 M. Tantieme bezogen. Die Firma teilte noch mit, daß die Beitragsleistung seit dem 1. Januar 1918 eine freiwillige gewesen sei. Hiernach ist anzunehmen, daß sie bis zum 31. Dezember 1917 Versicherungspflicht für den Angestellten B. als gegeben annahm. Diese Annahme allein rechtfertigt aber noch nicht die Feststellung, daß die Beiträge für 1916 und 1917 als Pflichtbeiträge zu gelten hätten, da die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die Versicherungspflicht des B. innerhalb der im § 208 Versicherungsges. f. Angest. angegebenen Frist nicht beanstandet habe. Die Folge der Nichtbeanstandung der Beiträge im Sinne von § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte besteht lediglich darin, daß die Beiträge als zu Recht entrichtet gelten. Darüber herrscht an sich kein Streit. Ob sie als Pflichtbeiträge oder als freiwillige Beiträge anzusehen sind, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu entscheiden (Entsch. des Oberschiedsger. vom 9. Dezember 1919 — P. 128/19 —, AVN 1920 S. 43 Nr. 384, zu vergl. auch Mentzel, Schulz, Sitzler, Kommentar, Anm. 5 zu § 208). In dem

streitigen Zeitraum von 1916 und 1917 war als obere Grenze der Versicherungspflicht ein Jahresarbeitsverdienst von nicht mehr als 5000 M. vorgeschrieben (§ 1 Abs. 3 a. a. O.). Es ist zu prüfen, ob dieser Jahresarbeitsverdienst von 5000 M. im vorliegenden Falle überschritten worden ist und die von den Beteiligten offenbar als bestehend angenommene Versicherungspflicht mithin tatsächlich nicht gegeben war. Das läßt sich vorliegend nicht ausschließlich aus der Tatsache entscheiden, daß das endgültig festgestellte Einkommen des Verstorbenen die Summe von 5000 M. überschritten hat. Das Einkommen des B. bestand neben festem Gehalt aus Tantieme, also einem nach festem Satz berechneten Anteil am Reingewinne des Geschäftsbetriebs. Solche Gewinnanteile gehören allerdings zum Entgelt im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte (§ 2 a. a. O.). Bei der Berechnung des nach § 1 Abs. 3 maßgebenden Arbeitsverdienstes ist aber zu berücksichtigen, daß die Bezüge aus Gewinnanteilen nach Art und Höhe unsicher waren, daß ihr Betrag erst nach Abschluß der Jahresbilanz, also erheblich später festzustellen war. Ob Versicherungspflicht vorliegt, kann aber nicht nachträglich, nach Feststellung des Gewinnanteils des Angestellten, entschieden werden, vielmehr ist bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes von dem Zeitpunkt auszugehen, in welchem die Prüfung stattfindet (zu vgl. auch Mentzel, Schulz, Sitzler a. a. O., Anm. 12 Abs. 5 zu § 1 S. 39 oben). Bei Ermittlung der Versicherungspflicht können daher nur solche Gewinnanteile in Betracht gezogen werden, welche der Angestellte entweder eine Reihe von Jahren hindurch in einer gewissen gleichmäßigen Höhe bezogen hat oder auf welche er, von nicht vorauszusehenden besonderen Zufällen abgesehen, mit Bestimmtheit rechnen kann (zu vgl. auch Besch. des RVA. Nr. 28, Amtl. Nachr. des RVA. 1891 S. 148; Mentzel, Schulz, Sitzler a. a. O., S. 39 unten). Für das Jahr 1916 überschritt der Gesamtbetrag der von B. bezogenen Vergütung nur um den geringen Betrag von 68,87 M. die Einkommensgrenze von 5000 M., während das Gesamteinkommen im Jahre 1915 nur 3500 M. betrug, also erheblich dahinter zurückblieb. Wenn hiernach Arbeitgeber und Angestellter Versicherungspflicht im Jahre 1916 als gegeben annahmen und Pflichtbeiträge entrichteten, so ist dieses Verfahren nicht zu beanstanden. Aber auch für das Jahr 1917 wird man die Annahme der Beteiligten, daß Versicherungspflicht noch gegeben sei, nicht als unbegründet bezeichnen können, denn ein so erheblicher Gewinnanteil, daß ein Gesamteinkommen von über 5000 M. sicher in Aussicht stand, war in den vorhergehenden Jahren nicht erzielt worden; ebensowenig sind irgendwelche Tatsachen ersichtlich, aus denen der Angestellte B. mit Sicherheit auf ein Gesamteinkommen von über 5000 M. hätte rechnen können. Eine entsprechende Grundlage hierfür hat sich offenbar erst nach dem günstigen Geschäftsabschluß für 1917 ergeben, denn vom 1. Januar 1918 ab ist die Beitragspflicht des B. nach Mitteilung des Arbeitgebers als eine freiwillige angesehen worden. Ist hiernach nicht zu beanstanden, daß die Beteiligten in den Jahren 1916 und 1917 die Versicherungspflicht des B. nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte als gegeben angenommen haben, so ist auch die Wartezeit erfüllt und der Anspruch auf Hinterbliebenenrenten dem Grunde nach gerechtfertigt. Über die Höhe der Renten wird der Rentenausschuß anderweiten Bescheid zu erteilen haben.

C. Zur Krankenversicherung.

Gutachten des Reichsversicherungsamts (auf Veranlassung des RArbMin.), betreffend Erstattung von Mehrleistungen der Familienwochenhilfe.

Vom 23. November 1921.

Nach der derzeitigen Fassung des § 205d Abs. 1 RVO., über dessen Auslegung das Reichsversicherungsamt bei Beanstandung der von Kassen angeforderten Erstattungsbeträge nach der Entsch. 2136 (Amtl. Nachr. 1915 S. 817) nicht zu entscheiden haben würde, wird angenommen werden müssen, daß sich die Erstattungspflicht des Reiches nicht nur auf die Regelleistungen (zu vgl. §§ 205a Abs. 2 Satz 1, 195a, 195c, 195d und 196 RVO.), sondern auch auf die zugelassenen Mehrleistungen der Familienwochenhilfe bezieht. Dies dürfte nicht nur für das satzungsmäßig erhöhte Familienwochen- und Stillgeld (§ 205a Abs. 2 Satz 2, § 195b Abs. 2 a. a. O., vgl. Bescheid des Reichsarbeitsministeriums vom 2. 12. 20, IIa 7914, und den Erlaß des preuß. Ministeriums für Volkswohlfahrt vom 12. 4. 21, Volkswohlfahrt S. 235), sondern auch für die übrigen nach § 205a Abs. 4 a. a. O. in Betracht kommenden Mehrleistungen (vgl. §§ 195b Abs. 1, 199 RVO.) gelten. In dieser Hinsicht zu unterscheiden, und die Erstattungspflicht des Reichs bei den ersterwähnten Mehrleistungen anzuerkennen, dürfte nach dem Wortlaut des § 205d Abs. 1 RVO. nicht angängig sein. Der Umstand, daß in den Beziehungen der beteiligten Kassen unter sich die Erstattung nach §§ 205a Abs. 4, 197 RVO. auch bei der Familienhilfe auf die Regelleistungen zu beschränken wäre (vgl. den Bericht des Reichsversicherungsamts vom 14. 4. 21) steht dieser Auffassung nicht entgegen, da § 205d Abs. 1 RVO. für das Reich eine entsprechende beschränkte Erstattungspflicht nicht

vorgesehen hat. Aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes und der Form der vom Reichsarbeitsministerium bestimmten Nachweisungen können entgegen der Ansicht von Krause (Wochenhilfegesetz, Vorbem. zu § 205d RVO.) und Jaeger (Kommentar zu diesem Gesetz, Anm. 2 zu § 205d a. a. O.) zwingende Schlüsse in der Richtung einer solchen Beschränkung der Erstattungspflicht des Reichs diesseitigen Erachtens nicht gezogen werden (vgl. insbesondere die Ausführungen in der ArbVers. 1920 S. 645 und 646). Ob diese nach dem Wortlaut des § 205d a. a. O. bestehende weitgehende Erstattungspflicht der Absicht des Gesetzgebers entspricht und dauernd beizubehalten sein wird, kann zweifelhaft sein.

Rechnungsnachweisungen der Krankenkassen.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 7. Januar 1922 (III V. 1).

In Übereinstimmung mit dem Herrn Reichsarbeitsminister genehmige ich, daß die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen für das Jahr 1922 an Stelle der nach § 30 der Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 1009) vorgesehenen Nachweisungen nur den Rechnungsabschluß, die Vermögensnachweisung, die Mitgliedernachweisung und die Nachweisung der entschädigten Fälle von Kranken- und Wochenhilfe und der entschädigten Sterbefälle — Muster 1, 2, 3a, 3b und 4 — einreichen.

Familienhilfe für auswärts wohnende Kassenmitglieder.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 4. Oktober 1921 (Nr. 2680 der Amtl. Nachr. 1921 S. 435).

Der Kläger, der mit seiner Familie in Rheydt wohnt, war Pflichtmitglied der Allg. Ortskrankenkasse in R. Diese gewährt nach § 32 ihrer Satzung ärztliche Behandlung „nur durch die Kassenärzte“ an versicherungsfreie Ehefrauen und Kinder des Versicherten, die in seinem Haushalt leben. Aus Anlaß einer Erkrankung seines Kindes und seiner Ehefrau ließ sich der Kläger von der Arbeitgeberin einen Krankenausweisschein ausstellen und begab sich damit zu dem bei der Beklagten nicht zugelassenen Arzt Dr. N. N. in Rheydt, der die Behandlung der Kranken übernahm. Zur Inanspruchnahme dieses Arztes glaubte sich der Kläger berechtigt, weil in Rheydt Kassenärzte nicht zur Verfügung stehen und in einem früheren Falle die Beklagte unbeanstandet die Rechnung eines Nichtkassenarztes für gewährte Familienhilfe bezahlt hatte. Außerdem macht er geltend, daß ein dringender Fall vorgelegen habe und die Inanspruchnahme eines Kassenarztes in R. bei der Art der in Betracht kommenden Erkrankungen ausgeschlossen gewesen sei. Er verlangt von der Beklagten Übernahme der entstandenen Arztkosten in Höhe von 593,75 M. Die Beklagte hat deren Erstattung abgelehnt, da die Familienhilfe satzungsgemäß auf ärztliche Behandlung durch die Kassenärzte beschränkt sei. Auch das Vorliegen eines dringenden Falles im Sinne des § 368 RVO. und des § 38 der Kassensatzung könne die Inanspruchnahme eines Nichtkassenarztes nicht rechtfertigen, da es sich um eine freiwillig gewährte Mehrleistung der Kasse handle.

Das Versicherungsamt hat die Beklagte zur Gewährung der ärztlichen Behandlung und Übernahme der erwachsenen Arztkosten für verpflichtet erklärt. Auf Berufung der Kasse hat das Oberversicherungsamt die Sache gemäß § 1693 Abs. 1 RVO. an das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung abgegeben. Es nimmt Bezug auf die grundsätzliche Entsch. des Reichsversicherungsamts Nr. 2588 (Amtl. Nachr. 1920 S. 379), wonach eine Satzungsbestimmung, die die Familienhilfe auf einen Teil der Kassenmitglieder beschränke, unzulässig sei. Diesen Grundsatz erachtet das Oberversicherungsamt vorliegend für entsprechend anwendbar. Dem ist das Reichsversicherungsamt beigetreten; es hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der angezogenen Entsch. 2588 des näheren dargelegt hat, ist eine Krankenkasse zwar berechtigt, die Familienhilfe, da sie eine Mehrleistung und keine Regelleistung darstellt, ihrem Umfange nach zu begrenzen. Eine solche Begrenzung darf aber dem Grundsatz der Gleichberechtigung der Kassenmitglieder nicht widersprechen und daher nicht dazu führen, die Gewährung der Familienhilfe auf einen Teil der Kassenmitglieder zu beschränken. Eine solche Beschränkung wird aber, wie das Oberversicherungsamt in seinem Abgabebeschluß mit Recht hervorhebt, durch die in Frage stehende Satzungsbestimmung der Beklagten in der Tat erzielt. Denn die Beschränkung der ärztlichen Behandlung auf die Behandlung durch die Kassenärzte läuft, sofern nicht an allen Orten, wo Versicherte wohnen, Kassenärzte vorhanden sind, darauf hinaus, daß auswärts wohnende Kassenmitglieder von der Gewährung der ärztlichen Behandlung an ihre versicherungsfreien Familienangehörigen dann ausgeschlossen werden, wenn nach der Art der Erkrankung oder aus sonstigen Gründen die Inanspruchnahme eines im Kassenbezirk wohnenden Kassenarztes nicht erfolgen kann. Im Ergebnis wird also in der Mehrzahl der Fälle die Gewährung der Familienhilfe auf die Angehörigen der im Kassenbezirk wohnenden Versicherten beschränkt. Der § 32 der Satzung der Beklagten ist daher, soweit er diese Beschränkung anordnet, unzulässig, und die Beklagte ist verpflichtet, die durch die Inanspruchnahme eines Nichtkassenarztes dem Kläger entstandenen Kosten zu übernehmen. Dem steht auch die Revisionsentsch. 2370 (Amtl. Nachr. 1917 S. 541) nicht entgegen, in der eine Satzungsbestimmung, nach der den versicherungsfreien Familienmitgliedern eines Versicherten lediglich ärztliche Versorgung durch eine von der Kasse errichtete ärztliche Beratungsstelle gewährt wird, für unzulässig erachtet worden ist. In diesem Falle handelt es sich um eine alle Kassenmitglieder gleichmäßig treffende sachliche Beschränkung

der ärztlichen Behandlung: diese soll nur in Form einer Beratung des erkrankten Familienmitgliedes an der Beratungsstelle selbst erfolgen, während weitergehende ärztliche Behandlung ausgeschlossen ist. Eine solche Satzungsbestimmung begrenzt die Familienhilfe zwar ihrem Umfang nach, macht sie aber nicht von Voraussetzungen abhängig, die in der Person des Kassenmitgliedes selbst beruhen.

D. Zur Militärversorgung.

„Kleinere Heilmittel" im Sinne des Reichsversorgungsgesetzes.

Urteil des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 6. Oktober 1921 (V. K. 5/21.)

Es handelt sich um die Frage, ob die von der Klägerin gelieferten 2 Kilogramm Fichtennadel-Extrakt im Betrage von 21,52 M. zu den kleineren Heilmitteln zu rechnen sind, für die nach § 15 Absatz 1 Satz 4 des Reichsversorgungsgesetzes vom Reiche Ersatz geleistet wird. Das Versicherungsamt hat die Frage verneint. Es stützt sich hierbei auf Ziff. 3 der AusfVrdg. zu § 14 des Gesetzes und versteht unter „kleineren Heilmitteln" solche körperlichen Hilfsmittel der ärztlichen Behandlung, die den damit Behandelnden weggenommen werden können, ohne dabei ihre Verwendungsfähigkeit einzubüßen, im Gegensatz zu „anderen Heilmitteln", das sind solche Hilfsmittel, die sich bei der Verwendung verbrauchen. Dieser Auffassung kann nicht beigetreten werden.

Zunächst gibt schon die AusfVrdg. unter Nr. 3 „als kleinere Heilmittel sind daher alle Hilfsmittel anzusehen, die nach § 7 RVG. und der hierzu erlassenen Ausführungsverordnung geliefert werden müssen, z. B. Brillen, Bruchbänder usw." zu Bedenken Anlaß. Nach § 4 RVG. wird einem Dienstbeschädigten Heilbehandlung gewährt. Worin die Heilbehandlung besteht oder vielmehr was sie umfaßt, bestimmt § 5 a. a. O. Danach umfaßt die Heilbehandlung ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, sowie die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern, oder die Folgen der Dienstbeschädigung zu erleichtern. Das Gesetz macht hiernach einen Unterschied zwischen den Heilmitteln, mit denen der Dienstbeschädigte versorgt und zwischen den Hilfsmitteln, mit denen er ausgestattet wird. Die in der Ausführungsverordnung normierte Gleichstellung der Heilmittel und Hilfsmittel widerspricht daher dem Gesetze.

Aber auch der vom Versicherungsamte angenommene Gegensatz zwischen den „kleineren Heilmitteln" (§§ 8, 14 a. a. O.) einerseits und den „anderen Heilmitteln" (§ 5 a. a. O.) andererseits kann nicht anerkannt werden. § 5 spricht von Arzneien und anderen Heilmitteln. Das können nur Heilmittel sein, die nicht zu den Arzneien gehören. Das „anderen" drückt mithin nur etwas sachlich von den Arzneien Verschiedenes aus, nicht von Heilmitteln als solchen Verschiedenes, denn Arzneien sind ja gerade Heilmittel und somit ebensowenig etwas von den kleineren „Heilmitteln" in §§ 8 und 14 a. a. O. Verschiedenes. Den Gegensatz zu kleineren Heilmitteln bilden nicht die „anderen Heilmittel", sondern, wie dies in der RVO., und zwar in § 193 zum Ausdruck kommt, die größeren Heilmittel, die als solche dem RVG. jedoch unbekannt sind.

Das Versicherungsamt kennt nur die eine Frage, was „kleinere Heilmittel" sind. Wenn schon diese Frage hier letzten Endes zu entscheiden ist, so handelt es sich doch vor deren Entscheidung zunächst einmal darum, was denn überhaupt Heilmittel sind. Die „anderen Heilmittel" in § 5 und die „kleineren Heilmittel" in §§ 8, 13 RVG. sind doch zuförderst eben „Heilmittel". Unter Heilmittel sind nun im Anschluß an Hahn (Handb. der Krankenvers., Anm. 5a zu § 182 RVO.), der ebenfalls von Heilmitteln spricht, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilverfahrens dienenden sächlichen Mittel, einschließlich gewisser, außerhalb der gewöhnlichen ärztlichen Tätigkeit liegenden äußerlichen Einwirkungen auf den Körper, wie Einreiben, Massieren usw., zu verstehen. Daß dazu Fichtennadelbäder bzw. der dazu erforderliche Fichtennadel-Extrakt gehören, braucht nicht weiter dargelegt zu werden. Anderseits kann nicht verkannt werden, daß vom Standpunkte der RVO. aus, darunter auch unter Umständen orthopädische Hilfsmittel, wie beispielsweise Bruchbänder, fallen, die § 182 dieses Gesetzes denn auch ausdrücklich als Heilmittel erwähnt. Nach dem RVG. scheiden diese letzteren jedoch aus der Gruppe „Heilmittel" aus, da die grundsätzliche Bestimmung in § 5 dieses Gesetzes ausdrücklich, wie oben dargetan, einen Unterschied zwischen Heil- und Hilfsmittel macht. Allerdings ist in der RVO. auch einmal in § 187 Ziff. 3 von Hilfsmitteln die Rede, die die Kasse im Satzungswege als Mehrleistung, und zwar „gegen Verunstaltung und Verkrüppelung" gewähren kann, doch fügt das Gesetz hinzu „die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind". Dabei mag es gleichwohl besondere Fälle geben, in denen dieselben Hilfsmittel vor Abschluß des Heilverfahrens zugleich Heilmittel in dem obigen Sinne sind (vgl. Hahn, § 182 Anm. 5c), aber nur nach der RVO., — nicht nach dem Reichsversorgungsgesetze, wonach sie vielmehr in allen Fällen nur Hilfsmittel sind.

Ist somit der zu den Fichtennadelbädern er-

forderliche Fichtennadel-Extrakt als Heilmittel im Sinne des § 14 RVG. anzusehen, so fragt es sich bloß noch, ob er zu den „kleineren Heilmitteln" im Sinne dieser Vorschrift gehört. Die Spruchkammer hat dies unbedenklich bejaht. 2 Kilogramm Fichtennadel-Extrakt im Betrage von 21,52 M. werden unter Berücksichtigung des heutigen Geldwertes noch zu den „kleineren Heilmitteln" zu rechnen sein.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Abkommen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften.

Das mit dem 31. 12. 21 abgelaufene Abkommen (zu vgl. ArbVers. 1914 S. 22, 1920 S. 71, 1921 S. 139) ist durch das folgende ersetzt:

Zwischen dem Verband der deutschen Berufsgenossenschaften und den nachstehenden Krankenkassenverbänden:

1. Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, e. V.,
2. Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen,
3. Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands, e. V.,
4. Allgemeiner deutscher Knappschaftsverband,
5. Allgemeiner Verband deutscher Landkrankenkassen,
6. Verband deutscher Innungskrankenkassen

wird folgendes vereinbart:

Zweck des Abkommens ist in erster Linie die Förderung der Heilfürsorge für die Unfallverletzten, besonders des Heilverfahrens in der Wartezeit. Es gilt, alle Verletzungsfälle, in denen die Berufsgenossenschaften ein im Sinne rascherer und vollständigerer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wirksameres Heilverfahren zu gewähren imstande sind, zu ermitteln und möglichst vom Beginn an dem berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren zuzuführen. In zweiter Linie bezweckt das Abkommen die Regelung der sonstigen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften.

I. Vereinbartes Heilverfahren.

§ 1. — Die Berufsgenossenschaft hat der Krankenkasse zu erklären, ob sie das Heilverfahren in der Wartezeit in sämtlichen Fällen der in den anliegenden Leitsätzen des Reichsversicherungsamts vom 14. Dez. 1911 aufgeführten Verletzungsarten, oder nur bei bestimmten dieser Verletzungsarten und welchen, oder auch bei anderen Verletzungsarten und in anderen Verletzungsfällen, die in den Leitsätzen nicht aufgeführt sind und welchen, übernimmt. Die Berufsgenossenschaft kann hierbei die einzelnen Verletzungsarten durch Auslegung näher bestimmen und die Einleitung des in diesem Abkommen vereinbarten Heilverfahrens von einem bestimmten Lebensalter des Verletzten oder von sonstigen Umständen abhängig machen.

§ 2. — a) Die Berufsgenossenschaft bezeichnet bei der Erklärung nach § 1 der Krankenkasse die für die Behandlung von Unfallverletzten geeigneten Heilanstalten (Heilanstalt). Die Krankenkasse überweist den Verletzten in den in Ziff. 9 der Leitsätze aufgeführten Fällen im Auftrage der Berufsgenossenschaft einer solchen Heilanstalt.

b) Soweit die Berufsgenossenschaft noch weitere Fälle bestimmt hat, gibt sie an, wie das Heilverfahren durchzuführen ist.

§ 3. — Die Krankenkasse wird in die Krankenordnung eine Vorschrift aufnehmen, wonach der Verletzte sich beim Vorliegen eines Betriebsunfalls sofort bei der Krankenkasse zu melden hat. Sie wird auch einen entsprechenden Aufdruck auf dem Krankenschein anbringen.

Auf Erfordern der Berufsgenossenschaft verpflichtet sich die Krankenkasse, alle Unfallverletzten dieser Berufsgenossenschaft (auch die anscheinend geringfügig Verletzten), soweit sie in der Lage sind, den Arzt aufzusuchen, sobald die Kasse von dem Vorliegen eines Betriebsunfalles Kenntnis erhalten hat, anzuhalten, sofort nach der Krankmeldung und vor der ersten Inanspruchnahme des Kassenarztes, einen von der Berufsgenossenschaft bezeichneten Facharzt (Durchgangsarzt) zu Rate zu ziehen. Dieser Arzt wird, wenn er es für erforderlich hält, im Auftrage der Berufsgenossenschaft unter Benachrichtigung der Krankenkasse, den Verletzten unverzüglich entweder

a) zu offener Behandlung einem Facharzt oder zu geschlossener Behandlung einer Heilanstalt überweisen, oder auch
b) den Facharzt an der Behandlung beteiligen oder endlich
c) den Verletzten später zu dem vom Facharzt (Durchgangsarzt) zu bestimmenden Zeitpunkte diesem Arzt erneut zur Untersuchung vorstellen.

Die Heilanstalt und den Behandlungsfacharzt bestimmt der hierzu von der Berufsgenossenschaft ermächtigte Konsultationsfacharzt (Durchgangsarzt).

Die Berufsgenossenschaft trägt die notwendigen Kosten der Fahrt zu ihrem Facharzt.

Schon der erste, meist für den weiteren Verlauf entscheidende ärztliche Eingriff (Amputation, Resektion usw.) soll möglichst durch den Facharzt bzw. in der Heilanstalt erfolgen. Nur im Notfalle ist er dem Arzte, der die erste Hilfe leistet (dem Kassenarzt), zu überlassen. Ziff. 12 der Leitsätze.)

§ 4. — Die Krankenkasse wird in den Erkrankungsfällen, für die nach §§ 1, 2 und 3 ein besonderes Heilverfahren eintritt, die Notwendigkeit dieses Heilverfahrens nicht bestreiten. Sie ist verpflichtet, der Berufsgenossenschaft die Überweisung sofort unter Benutzung eines Vordrucks nach Anlage 2 mitzuteilen, ihr auf Erfordern auch die über den Stand oder die Dauer des Heilverfahrens eingezogenen oder ihr sonst zugehenden Mitteilungen der Heilanstalten oder Ärzte zur Kenntnis zu bringen. Von nachteiligen Zwischenfällen (vorzeitiges Verlassen des Krankenhauses, Widerstand des Verletzten, unerwartete Heilkomplikationen) hat die Krankenkasse der Berufsgenossenschaft unverzüglich Mitteilung zu machen. Sie hat, erforderlichenfalls mit den ihr zu Gebote stehenden Mitteln (Androhung des Wegfalls der Krankenhilfe, vor allem des Krankengeldes, unter anderem auch der Krankenpflege, § 184 RVO.), nachdrücklichst darauf hinzuwirken, daß der Verletzte ihren Anordnungen nachkommt. Verweigert der Verletzte die von der Kasse angeordnete Behandlung, bricht er sie eigenmächtig ab oder veranlaßt er durch sein Verhalten die vorzeitige Entlassung aus der Behandlung, so hat die Kasse der Berufsgenossenschaft ungesäumt Nachricht

zu geben. Die Berufsgenossenschaft bestimmt die etwa zu verhängenden Zwangsmaßnahmen.

§ 5. — Stand der Verletzte vor Einleitung des besonderen Heilverfahrens nach diesem Abkommen schon in Behandlung des Kassenarztes, so ist dieser von der Krankenkasse rechtzeitig und in angemessener Form zu unterrichten (Ziff. 14a der Leitsätze).

Der Kassenarzt ist auf Wunsch über den Verlauf des Heilverfahrens nach Möglichkeit zu unterrichten.

Die Heilanstalt und der Facharzt sollen den Verletzten in die Fürsorge der Krankenkasse zurückverweisen, sobald dieses nach Lage des Falles möglich ist, geeignetenfalls sogleich nach der ersten Untersuchung, sofern diese die Notwendigkeit von Heilanstalts- oder fachärztlicher Behandlung nicht ergibt (Ziff. 14b der Leitsätze).

§ 6. — Dieses Abkommen bezieht sich auf solche Erkrankungen, die nach der Angabe des Erkrankten oder des Kassenarztes auf einen Unfall bei einem der Berufsgenossenschaft angehörenden Betriebe zurückzuführen sind.

Die Krankenkasse hat sich über das Vorliegen eines Betriebsunfalles in jedem Erkrankungsfalle (außer bei der ersten Inanspruchnahme eines Durchgangsarztes) zu vergewissern, soweit das ohne zeitraubende Ermittlungen möglich ist. Sie hat zu diesem Zweck die Ursache der Erkrankung sowie kurz Art und Zweck der Betriebstätigkeit, welcher der Unfall zur Last gelegt wird, auf dem Krankenschein vermerken zu lassen oder selbst zu vermerken.

Der Vordruck für den Krankenschein hat auch eine bezügliche Feststellung des Arztes vorzusehen; die Fassung wird der Verständigung vorbehalten.

Die Krankenkasse übersendet jeden Krankenschein, der einen Hinweis über das Vorliegen eines Betriebsunfalles enthält, mit der Mitteilung nach § 4 in Abschrift der Berufsgenossenschaft. Geschieht dies, so verzichtet die Berufsgenossenschaft auf die gemäß § 1512 RVO. innerhalb der ersten drei Tage nach dem Unfall zu erstattenden Anzeige.

§ 7. — Die Berufsgenossenschaft trägt, oder sie ersetzt der Krankenkasse im Falle eines besonderen Heilverfahrens nach diesem Abkommen die gesamten Kosten dieses Heilverfahrens einschließlich der notwendigen Kosten der Überführung, auch soweit der Kassenarzt mitwirkt, nicht dagegen die Kosten der ersten Hilfe und der kassenärztlichen Behandlung bis zur Überweisung.

Als Ersatz für Krankenpflege beansprucht die Berufsgenossenschaft bei Krankenhausbehandlung nur die Hälfte des gesetzlichen Ersatzes für Krankenpflege, also nur $^{3}/_{10}$ des Grundlohnes für den Krankheitstag, bei offener Behandlung nur $^{2}/_{10}$ des Grundlohnes für den Krankheitstag.

Krankenkassen, die ihren Ärzten feste Gehälter oder einen entweder nach Krankheitsfällen oder nach der Zahl der Mitglieder bemessenen Pauschbetrag gewähren, dürfen bei offener Krankenpflege von dem der Berufsgenossenschaft zu ersetzenden Betrage einen Pauschbetrag von 10 M. abziehen.

§ 8. — Im Falle eines besonderen Heilverfahrens nach diesem Abkommen zahlt die Krankenkasse die satzungsmäßigen Barleistungen für die Dauer der geschlossenen Behandlung. Bei offener Behandlung zahlt die Krankenkasse Krankengeld, solange der Arzt, dem nach diesem Abkommen die Behandlung übertragen wurde, den Verletzten für arbeitsunfähig erklärt. In beiden Fällen erfolgt die Zahlung längstens bis zum Ende der 13. Woche nach dem Unfalle und für Rechnung der Krankenkasse. Eine von der Berufsgenossenschaft gewährte besondere Unterstützung gemäß § 602 RVO. zahlt die Krankenkasse vorschußweise für Rechnung der Berufsgenossenschaft.

Soweit die Aufwendungen der Krankenkasse bei Krankenhauspflege (Hausgeld, Taschengeld) niedriger sind als das Krankengeld, nimmt die Berufsgenossenschaft den Unterschied für sich in Anspruch.

Die etwaige Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft für den Unfallzuschuß (§ 576 RVO.) wird durch diese Bestimmungen nicht berührt.

§ 9. — Von dem Abschluß des nach diesem Abkommen gewährten besonderen Heilverfahrens unterrichtet die Krankenkasse unverzüglich die Berufsgenossenschaft. Für den etwaigen Rest der Wartezeit bestimmt die Krankenkasse die Krankenhilfe, wenn die Berufsgenossenschaft im Einzelfalle nicht anders festsetzt.

Die Abrechnung mit der Berufsgenossenschaft bewirkt die Krankenkasse nach dem in Anlage 3 beigefügten Vordruck.

§ 10. — Hat die Krankenkasse bei Einleitung des besonderen Heilverfahrens nach diesem Abkommen irrtümlich das Vorliegen eines Betriebsunfalles angenommen, so wird gleichwohl, vorausgesetzt, daß die Kasse ihre Verpflichtungen aus §§ 4 und 6 erfüllt hat, die Berufsgenossenschaft ihren Verpflichtungen aus § 7 so lange nachkommen, bis der Kasse eine Mitteilung der Berufsgenossenschaft zugeht, daß diese das Vorliegen eines Betriebsunfalles nicht anerkennt. Findet in einem solchen Falle Krankenhauspflege statt, so trägt die Berufsgenossenschaft die Kosten dieser Behandlung bis zu dem Zeitpunkt, in dem der Zustand des Verletzten die Entlassung in die kassenärztliche Behandlung gestattet oder die Leistungspflicht der Krankenkasse abgelaufen ist.

II. Sonstige Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen.

§ 11. — Wird das Heilverfahren nicht auf Grund von Abschnitt I dieses Abkommens eingeleitet, sondern von der Berufsgenossenschaft im Einzelfalle angeordnet, so finden die Bestimmungen des Abschnitts I keine Anwendung. Es verbleibt dann bei der gesetzlichen Regelung, jedoch mit der Maßgabe, daß der Berufsgenossenschaft Ersatz für Krankenpflege nach § 1513 RVO. nur in Höhe ihres nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwands bis zur Höhe von $^{3}/_{4}$ des Grundlohnes geleistet wird.

Ist der Aufwand der Berufsgenossenschaft nicht nachweisbar, so gilt als Aufwand für den Einzelfall ein Pauschbetrag von 20 M.

Krankenkassen, die ihren Ärzten feste Gehälter oder einen entweder nach Krankheitsfällen oder nach der Zahl der Mitglieder bemessenen Pauschbetrag gewähren, dürfen bei offener Krankenpflege von dem der Berufsgenossenschaft zu ersetzenden Betrage einen Pauschbetrag von 10 M. abziehen.

Die Kosten für das ärztliche Gutachten werden in den wirklichen Aufwand nicht einbezogen.

Die etwaige Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft für den Unfallzuschuß (§ 576 RVO.) wird durch diese Bestimmungen nicht berührt.

§ 12. — In jedem Fall, in dem die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse gemäß § 1503 Abs. 1 RVO. (mit oder ohne Verbindung mit § 584) ersatzpflichtig ist, beansprucht die Krankenkasse von der Berufsgenossenschaft als Ersatz für Krankenpflege nur den Betrag ihres nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwands bis zur Höhe von $^{3}/_{4}$ des Grundlohnes.

Krankenkassen, die ihren Ärzten festes Gehalt

oder einen entweder nach Krankheitsfällen oder nach der Zahl der Mitglieder bemessenen Pauschbetrag gewähren, werden von der Berufsgenossenschaft als Ersatz für Krankenpflege für den Krankheitsfall ein Pauschbetrag von 40 M. und die nachweisbar entstandenen Wegegebühren des behandelnden Arztes, jedoch insgesamt nicht mehr als $^3/_4$ des Grundlohnes bezahlt.

§ 13. — Ist die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse nach § 1503 Abs. 2 RVO. ersatzpflichtig, so beansprucht die Krankenkasse von der Berufsgenossenschaft den Ersatz nur in Höhe desjenigen Betrages, um den der nachweisbar durch den Einzelfall unmittelbar entstandene Aufwand für Krankenhauspflege nebst dem Hausgeld über das bei häuslicher Behandlung zu zahlende Krankengeld hinausgeht, bis zur Höhe von $^3/_4$ des Grundlohnes.

§ 14. — In allen Fällen, in denen nicht ein besonderes Heilverfahren nach diesem Abkommen stattfindet, verzichtet die Berufsgenossenschaft nicht auf die gemäß § 1512 RVO. innerhalb drei Tagen nach dem Unfall zu erstattende Anzeige.

§ 15. — Den im § 576 RVO. vorgesehenen Ersatz des Mehrbetrages an Krankengeld von der 5. bis zur 13. Woche nach dem Unfall (Unfallkrankengeld) wird die Berufsgenossenschaft in den nach diesem Abkommen behandelten Fällen ohne Antrag der Krankenkasse leisten, soweit nach § 576 RVO. die Berufsgenossenschaft zur Leistung verpflichtet ist und wenn die Abrechnung sich auch auf diese Leistung bezieht.

Um die Berufsgenossenschaften vor sachlich ungerechtfertigten Leistungen aus § 584 RVO. zu bewahren, wird die Krankenkasse in allen Fällen, in denen ein Betriebsunfall als Ursache der Erkrankungen angegeben wird, der Berufsgenossenschaft zu Beginn der 14. Woche Mitteilung machen, wenn alsdann noch Krankengeld gezahlt wird.

III. Schlußbestimmungen.

§ 16. — Streitigkeiten aus diesem Abkommen werden unter Ausschluß des Rechtsweges durch näher zu vereinbarende Schiedsgerichte entschieden. Soweit bezirkliche Arbeitsgemeinschaften der Reichsversicherungsträger bestehen und diese für den Austrag von Streitigkeiten unter Versicherungsträgern Schiedsgerichte eingesetzt haben, sind diese zuständig.

§ 17. — Die Verbände, die dieses Abkommen treffen, werden ihren Mitgliedern die Annahme des Abkommens empfehlen und sie zu einer schleunigen Erklärung auffordern, ob sie dem Abkommen beitreten. Wird der Beitritt bejaht, so werden die einzelnen Berufsgenossenschaften oder deren Sektionen die Erklärungen nach §§ 1 und 3 abgeben und die Heilanstalten und Ärzte nach § 2 bzw. 3 bezeichnen. Soweit örtliche Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen bestehen, können die Erklärungen durch deren Vermittlung erfolgen.

Unberührt bleibt das Recht der einzelnen Versicherungsträger, Sondervereinbarungen zu treffen, bestehende Vereinbarungen fortzusetzen und durch Vereinbarung einzelne Bestimmnugen dieses Abkommens von der Anwendung auszunehmen.

§ 18. — Die Beitrittserklärung zu diesem Abkommen bindet die Versicherungsträger zunächst bis zum 31. Dezember 1922 und dann weiter auf je ein Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres schriftlich der Rücktritt erklärt wird. Für die Erledigung derjenigen Fälle, in denen bereits eine Ersatzpflicht für einen der beiden Teile entstanden war, bleibt das Abkommen maßgebend.

§ 19. — Die Beitritts- und Rücktrittserklärungen sind rechtswirksam, wenn sie dem Verbande, dem der Versicherungsträger angehört, zugegangen sind.

Die vertragschließenden Verbände werden einander und dem Reichsversicherungsamt die Beitritts- und Rücktrittserklärungen laufend mitteilen.

§ 20. — Diese Vereinbarung tritt mit dem 1. Januar 1922 in Kraft.

Außerordentliche Tagung des Verbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten.

Am 18. Januar 1922 fand im großen Sitzungssaal des Ständehauses zu Hannover unter dem Vorsitz des Geheimrats Dr. Schroeder-Cassel ein außerordentlicher Verbandstag des Verbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten statt, der sich mit der Frage der Gewährung von Darlehen an die Länder zwecks Bewilligung von Überteuerungszuschüssen zur Förderung des Wohnungsbaues befaßte. An den Beratungen nahmen außer den Vertretern der Landesversicherungsanstalten auch Vertreter des Reichsarbeitsministeriums, des Reichsversicherungsamts teil, ferner der Oberpräsident der Provinz Hannover und ein Vertreter des Landesdirektoriums.

Auf Antrag des Berichterstatters Geheimrat Dr. Schroeder (Cassel) wurde am Schlusse der Beratungen folgende Entschließung einstimmig angenommen:

Die Landesversicherungsanstalten erklären sich bereit, zur Förderung der Wohnungsbeschaffung und der Siedlung durch unrentierliche Baukostenbeihilfen vom 1. April 1922 bis 31. März 1923 den größten Teil der zu erwartenden Rücklagen zur Verfügung zu stellen. Hierbei sollen folgende Richtlinien maßgebend sein:

1. Es sollen insgesamt mindestens 80 v. H. der Nettoeinnahmen zu dem gedachten Zweck Verwendung finden. Als Netto-Einnahmen gelten die gesamten Einnahmen abzüglich der Kosten für Renten, Verwaltungskosten, Heilverfahren, Invaliden- und Waisenhauspflege, Mehrleistungen aus § 1400 und Leistungen aus § 1274 RVO. Diejenigen Anstalten, welche bereits vor dem 15. Dezember 1921 Darlehen zur Förderung des Wohnungswesens rechtsverbindlich zugesagt haben, behalten sich vor, den Betrag der hiernach zugesagten Darlehen auf den oben erwähnten Betrag von 80 v.H. der Nettoeinnahmen anzurechnen, soweit nicht die freigelassenen 20 v. H. hierzu ausreichen. Ebenso bleibt es vorbehalten, zunächst diejenigen Schulden abzustoßen, die als sogenannte „schwebende“ Schulden noch aus den Kriegs- und Nachkriegsjahren herrühren.

2. Die Beträge sollen den Ländern darlehnsweise gegen Staatsschuldscheine überlassen werden. Den Landesversicherungsanstalten kann es nicht empfohlen werden, unmittelbar Darlehen an Gemeinden oder Gemeindeverbände zu geben. Unmittelbare Darlehen an die Gemeinden können jedenfalls nur dann in Frage kommen, wenn die Länder die selbstschuldnerische Bürgschaft für Kapital und Zinsen übernehmen.

3. Die Anstalten, deren Bezirke sich auf mehrere Länder erstrecken, werden die verfügbaren Mittel auf die einzelnen Länder nach dem Verhältnis der für Dezember 1921 aufgekommenen Beiträge verteilen.

4. Die Mittel sollen von den Ländern grundsätzlich in den Bezirken verwendet werden, in denen sie aufkommen. Eine Abweichung von diesem Grundsatz bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesversicherungsanstalt. Die Landesversicherungsanstalten haben den Wunsch, daß die Anträge der Baugenossenschaften, die zu einem von der Landesversicherungsanstalt anerkannten Revisionsverband gehören, weitgehend und in erster Linie berücksichtigt werden unter tunlichster Heranziehung vorhandener Wohnungsfürsorgeeinrichtungen.

5. Die Verzinsung der Darlehen beträgt 4½ v. H. jährlich. Die Tilgung erfolgt in 20 Jahren. Zur Erfüllung der Darlehnsverpflichtungen sind von den Schuldnern in erster Linie die Einnahmen aus der Abgabe zur Förderung des Wohnungsbaues zu verwenden; diese Verpflichtung ist vertragsmäßig festzustellen.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

„Rückständige" Beiträge im Sinne des § 531 Abs. 2 RVO.

1. **Nach L.** Antwort: Wir können in der Auffassung des Versicherungsamts nur eine sachgemäße Auslegung und folgerichtige Anwendung des § 531 RVO. und nicht eine „juristische Spitzfindigkeit" finden. Nach dieser Vorschrift hat die Kasse, unabhängig von der Strafe aus § 530, die „rückständigen Beiträge" nachzuholen und sie kann dem Bestraften außerdem die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der „rückständigen Beiträge" auferlegen. Rückständig aber ist ein Beitrag erst, wenn er bei Fälligkeit nicht entrichtet worden ist. In diesem Sinne ist auch die Vorschrift des § 531 zu verstehen (zu vgl. Entsch. des RVA. 2197 in ArbVers. 1916 S. 584). Ist also die am 1. November eingetretene Köchin von der Hausfrau erst am 17. November angemeldet, der volle Novemberbeitrag aber im Dezember mit der allgemeinen Einhebung der für November fälligen Beiträge eingefordert und gezahlt worden, so war zwar die Bestrafung der Hausfrau aus § 530, nicht aber auch die Auferlegung eines Strafbeitrags aus § 531 Abs. 2 für die Zeit vom 1. bis 17. November gerechtfertigt. Denn die Frau war trotz der verzögerten Anmeldung mit der Zahlung keines Teiles des Novemberbeitrages im Rückstande geblieben. Diese Auffassung des Versicherungsamts muß um so mehr gebilligt werden, weil nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen Strafbestimmungen, zu denen auch die Vorschrift des § 531 Abs. 2 gehört, eng auszulegen sind.

Anwendung deutscher Gesetze im Saargebiet, insbesondere bei dem Erstattungsanspruch einer deutschen gegen eine saarländische Kasse (§ 197 RVO.).

2. **Nach Landstuhl.** Antwort: Nach Art. 49 des Friedensvertrages hat Deutschland (zunächst für die Dauer von 15 Jahren) zugunsten des Völkerbundes auf die Regierung des Saarbeckengebietes verzichtet. Die Regierung wird nach § 16 der Anlage zum Art. 49 durch einen Ausschuß ausgeübt. Nach § 23 a. a. O. bleiben die bisherigen Gesetze in Kraft, während Gesetzesänderungen durch den Ausschuß nach Äußerung der gewählten Vertreter der Bevölkerung beschlossen und eingeführt werden. Wenn also das deutsche Gesetz v. 29. 7. 21 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge im Saargebiete bisher nicht in der bezeichneten Weise eingeführt ist, so gelten dort auch nur die früheren geringeren Sätze für die Leistungen an Wochenhilfe und Wochenfürsorge. Gleichwohl ist die saarländische Kasse nicht im Recht, wenn sie darauf besteht, daß die deutsche Kasse ihren Erstattungsanspruch aus § 197 RVO. nur auf der Grundlage der früheren geringeren Sätze berechnen soll. Die deutsche Kasse kann ihren Erstattungsanspruch selbstverständlich nur nach den Aufwendungen berechnen, die sie nach dem für sie maßgebenden deutschen Rechte, also nach dem Gesetze v. 29. 7. 21, machen mußte; der für das Saargebiet geltenden abweichenden Rechtslage geschieht dadurch Genüge, daß die dortige Kasse nach § 197 Abs. 2 keinesfalls mehr zu erstatten hat, als der Wöchnerin zugestanden hätte, wenn diese Kasse leistungspflichtig gewesen wäre. Nur bei der Berechnung dieser Erstattungsgrenze also ist der Umstand zu berücksichtigen, daß im Saargebiete noch die früheren geringeren Leistungssätze gelten.

Nach welchem Gesetze bemißt sich das Wochengeld für die auf die Zeit vor der Niederkunft entfallenden Wochen?

3. **Nach Frankenhausen.** Antwort: Ansprüche auf Kassenleistungen bemessen sich grundsätzlich nach dem Gesetze, unter dessen Herrschaft der Versicherungsfall eingetreten ist. Für den Anspruch auf Wochengeld bildet die Niederkunft den Versicherungsfall. Daher bemißt sich dieser Anspruch für volle zehn Wochen (§ 195a Abs. 1 Satz 3 RVO.) nach den im Gesetze vom 29. 7. 21 (RGBl. S. 1189) bestimmten höheren Sätzen in allen Fällen, in denen die Niederkunft am Tage des Inkrafttretens dieses Gesetzes — 6. 8. 21 — oder später eingetreten ist. Daß von diesen zehn Wochen vier auf die Zeit vor der Niederkunft entfallen dürfen, macht keinen Unterschied, weil der Anspruch auch insoweit, als diese vier Wochen vor dem 6. 8. 21 liegen, erst mit der Niederkunft entstanden ist.

Zum Aufsichtsrecht über die Krankenkassen. — Wegfall des Krankengeldes und Ermäßigung der Beiträge nach § 420 RVO.

4. **Nach Angerburg.** Antwort: a) Nach § 31 RVO. kann das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde jederzeit die Geschäfts- und Rechnungsführung der Kasse prüfen, und die Kasse hat ihr auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege usw. vorzulegen. Selbstverständlich kann die Aufsichtsbehörde dies Verlangen auch auf Vorlegung ein-

zelner bestimmter Schriftstücke beschränken. Der Kasse steht es nicht zu, die Vorlegung eines Schriftstückes zu verweigern, weil sie nicht zu erkennen vermag, inwiefern das Versicherungsamt der Kenntnis des Schriftstückes zur Ausübung des Aufsichtsrechts bedarf.

b) Ganz unbegründet ist dagegen das Verlangen des Versicherungsamts, daß die Kasse in allen Fällen, in denen sie die Bestrafung eines Arbeitgebers aus § 533 RVO. beantragt, eine Abschrift oder den Entwurf des Antrages vorlegen soll. Das ist nicht Aufsicht im Sinne der §§ 30 ff. RVO., sondern Bevormundung, die sich durch nichts rechtfertigen läßt.

c) Ist dem Antrage des Arbeitgebers, gemäß § 420 RVO. für die Dauer des Arbeitsvertrags unter Wegfall des Krankengeldes die Kassenbeiträge zu ermäßigen, von der Kasse stattgegeben worden, so gilt diese Regelung, wie sich aus dem Eingangssatze des § 420 ergibt, „für die Dauer des Arbeitsvertrags". Dem Arbeitgeber steht es daher nicht zu, durch eine einseitige Zurücknahme vor Ablauf des Vertrages jene Regelung aufzuheben.

d) Wenn, wie erwähnt, die Regelung nach § 420 für die Dauer des Arbeitsvertrages gilt, so darf darunter nicht unter allen Umständen die vereinbarte Vertragsdauer (Abs. 1 Ziff. 1) verstanden werden. Denn die Vertragsdauer kann selbstverständlich durch vorzeitige Aufhebung des Vertrages, sei es im Wege der Vereinbarung zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherten oder durch einseitige Auflösung (zu vgl. § 626 BGB.), verkürzt werden. Tritt also der Versicherte vor Ablauf der vereinbarten Dauer aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus und versichert er sich gemäß § 313 RVO. weiter, so erfolgt diese Weiterversicherung nicht auf der Grundlage der nach § 420 getroffenen Regelung, sondern sie wird als Vollversicherung, also mit Anspruch auch auf Krankengeld und anderseits mit unverkürzter Beitragspflicht des Versicherten wirksam. Damit erledigen sich Ihre einzelnen Fragen im Hinblick auf § 313 Abs. 2 Satz 2, der für das Verhältnis zwischen der Kasse und dem Weiterversicherten durchaus in gleicher Weise wie sonst anzuwenden ist. Nur für das Verhältnis zwischen der Kasse und dem Arbeitgeber gilt auch im vorliegenden Falle die Besonderheit nach Abs. 2 des § 420, daß, wenn der Versicherte über die Geltungsdauer des Arbeitsvertrages krank und arbeitsunfähig ist, der Arbeitgeber der Kasse das Krankengeld zu erstatten hat.

Versicherungspflicht einer stellvertretenden städt. Lehrerin.

5. **Nach Bünde.** Frage: Eine erkrankte städtische Lehrerin hat eine Kollegin mit ihrer Vertretung beauftragt, um sich die Stelle offenzuhalten. Die Bezahlung erfolgt durch die Stadt aus dem Gehalt der dienstunfähigen Lehrerin. Wir nehmen ein mittelbares Arbeitsverhältnis an und halten daher die Stadt für verpflichtet, uns die Vertreterin zu melden sowie für dieselbe Beiträge zu zahlen. Die Stadt hat insofern ein gewisses Mitbestimmungsrecht, als sie für die Vertretung nur eine ihr genehme Person dulden würde, und die Schulleitung die Tätigkeit regelt. Ist unsere Auffassung richtig?

Antwort: Ja! Zu vgl. über einen ähnlichen Fall: Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12 (Amtl. Nachr. S. 720 ff.) Ziff. 9 vorletzter Absatz. Dort schied freilich die vertretene Person während der Vertretung aus der Versicherungspflicht aus. Das wird im vorliegenden Falle nicht anzunehmen sein. Denn das Beschäftigungs**verhältnis** der erkrankten Lehrerin bleibt aufrechterhalten, und obwohl während ihrer Dienstbehinderung das Gehalt nicht an sie, sondern an die Vertreterin gezahlt wird, ist jenes Beschäftigungsverhältnis doch **im ganzen** als ein Lohnarbeitsverhältnis anzusehen. Versicherungsfreiheit der Vertreterin könnte nur angenommen werden, wenn eine der Voraussetzungen der Bekanntm. v. 17. 11. 1913 (RGBl. S. 756, Arb. Vers. S. 848), betreffend „vorübergehende Dienstleistungen" vorläge. Das ist aber aus Ihren Angaben nicht zu entnehmen.

Verbrauch des Vermögens einer Betriebskrankenkasse bei bevorstehender Auflösung.

6. **Nach L.** Frage: Unsere Betriebskrankenkasse wird am 1. März 1922 aufgelöst. Dürfen wir aus diesem Anlaß unseren Reservefonds aufbrauchen oder nicht?

Antwort: Einstweilen besteht die Kasse noch, und sie gilt auch über den Tag der Auflösung hinaus noch als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert (§ 301 RVO.). Der Vorstand ist hiernach noch weiterhin für getreue Geschäftsverwaltung wie ein Vormund gegenüber seinem Mündel verantwortlich (§ 23 RVO.). Er darf das Kassenvermögen nur für die im § 363 RVO. bezeichneten Zwecke verwenden und hat dabei auch den § 364 zu beachten, welcher der Kasse ausdrücklich zur Pflicht macht, die Rücklage auf der vorgeschriebenen Höhe zu erhalten. Das schließt einen willkürlichen Verbrauch der Rücklage, insbesondere einen solchen, der auf Vereitelung einer Vermögenszuweisung nach § 303 abzielt, völlig aus. Wir meinen, daß im Falle eines Verstoßes hiergegen nicht nur ein aufsichtliches Einschreiten nach §§ 30, 31 RVO. geboten wäre (zu vgl. ArbVers. 1921 S. 420 Ziff. 11), sondern unter Umständen auch ein Schadenersatzanspruch der geschädigten Kassen (§§ 300, 303) gegen den Kassenvorstand begründet sein würde (§ 23).

Zur Wirkung der neuen Lohnstufen auf die Ansprüche Weiterversicherter.

7. **Nach Saulgau.** Antwort: Die neuen Lohnstufen sind, wie wir aus Ihren Angaben entnehmen, mit Wirkung vom 1. 1. 22 in Kraft getreten. Dann sind die Barleistungen der Kasse in Versicherungsfällen, die nach dem 31. 12. 21 eingetreten sind, nach den höheren Grundlöhnen zu bemessen, ohne Rücksicht darauf, daß für den Versicherten oder — bei freiwilliger Versicherung — von ihm noch keine oder nur wenige Beiträge in der höheren Stufe entrichtet worden sind. Wir sehen keinen Rechtsgrund ein, warum in dieser Hinsicht für das am 28. 11. 21 aus der Versicherungspflicht ausgeschiedene weibliche Mitglied, das sich rechtzeitig und ohne Übertritt in eine niedere Stufe nach § 313 weiterversichert hat und am 10. 1. 22 niedergekommen ist, etwas anderes gelten sollte.

Versicherungspflicht einer in der Landwirtschaft des Vaters beschäftigten Tochter? Strafbare Falschmeldung?

8. **Nach Memmingen.** Antwort: Wenn die Angaben des Vaters richtig sind, würden wir die Versicherungspflicht seiner in dem kleinen landwirtschaftlichen Anwesen beschäftigten Tochter verneinen. Denn da sie von Geburt an nur eine Hand hat, also kaum außerhalb des väterlichen Anwesens einen Arbeitsposten, der ihr den Unterhalt eintrüge, ausfüllen könnte, ist anzunehmen, daß sie nur auf Grund des

Familienverhältnisses geringe Dienste im väterlichen Anwesen leistet und dafür Unterhalt empfängt. Wenn gleichwohl der Vater sie einen Monat vor ihrer Erkrankung bei der Kasse als Dienstmagd angemeldet, das Familienverhältnis nicht angezeigt und als „Lohn" 1000 M. für das Jahr angegeben hatte, so können wir darin keine nach § 530 RVO. strafbare „Falschmeldung" erblicken. Eine solche würde schuldhaftes Verhalten, also wissentlich oder mindestens fahrlässig falsche Meldung voraussetzen. Bei der namentlich auf dem Lande immer noch verbreiteten Unkenntnis oder falschen Auffassung der versicherungsrechtlichen Vorschriften über die Krankenversicherung läßt sich aber wohl annehmen, daß der Vater, als er die Anmeldung erstattete, entweder wirklich seine Tochter für versicherungs**pflichtig** und den ihr gewährten Unterhalt für einen „Entgelt" im Werte von 1000 M. für das Jahr gehalten oder aber für sie die Versicherungs**berechtigung** (§ 176 Ziff. 1 RVO.) auszuüben beabsichtigt habe.

Anspruch auf Kassenleistungen trotz Krankheit beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung.

9. **Nach Hirschberg** (Schlesien). Frage: Ein zu unserer Kasse vom 22. 9. bis 4. 10. 1921 gemeldeter Kupferschmied war auf Veranlassung des Armenverbandes wegen syphilitischer Nierenerkrankung vom 8. bis 17. Dezember 1921 in Kur und Verpflegung im Krankenhause. Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes soll die Krankheit schon vor dem 18. August 1921 bestanden haben. Anderweitig war der Kupferschmied, nach Angabe des Armenverbandes, im letzten Jahre vor dem Ausscheiden aus diesseitiger Kasse noch gegen Krankheit versichert vom Mai 1920 bis Ende Mai 1921. Besteht für unsere Kasse, obwohl doch die Notwendigkeit der Heilbehandlung schon bei Beginn der hiesigen Mitgliedschaft vorhanden war, Ersatzpflicht nach § 214 RVO.?

Antwort: Daß der Versicherte bereits beim Eintritt in das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis krank war, stand der Begründung der Pflichtmitgliedschaft bei Ihrer Kasse nicht entgegen, da der Versicherte offenbar in jener Zeit keinesfalls völlig außerstande war, Arbeit von wirtschaftlichem Belange zu verrichten. Er wurde also nach § 306 RVO. Mitglied Ihrer Kasse und hatte als solches sofort Anspruch auf die Kassenleistungen nach § 206 und § 182 RVO. auch über die Beendigung seiner Mitgliedschaft hinaus. Die Vorschrift des § 214 kommt nicht in Betracht, weil es sich nicht um einen nach dem Ausscheiden aus der Kassenmitgliedschaft eingetretenen Versicherungsfall handelt. Der Anspruch des Armenverbandes ist hiernach in den Grenzen der §§ 1531 ff. begründet.

Zum Begriff des kaufmännischen Angestellten (Handlungsgehilfen).

10. **E. L. Tr.** Frage: In dem Lohnbüro unserer Firma sind mehrere Angestellte beschäftigt, welche die Arbeiten zu der Lohnzahlung vorbereiten, die Lohnlisten nach vom Betriebe gegebenen Unterlagen ausrechnen und statistische Tabellen über die Löhne führen sowie die Lohngelder auszahlen. Ebenso werden in dem Kalkulationsbüro mehrere Angestellte beschäftigt, welche die Herstellungskosten der einzelnen Fabrikate errechnen. Die Unterlagen dazu erhalten sie ebenfalls vom Betriebe. In vorgeschriebene sogenannte Stücklisten werden die verbrauchten Materialien und die auf den einzelnen Stücken ruhenden Werkstattlöhne eingetragen, die Stücklisten aufgerechnet und auf die so ermittelten Kosten die Prozentsätze der Geschäftsunkosten der einzelnen Werkstätten daraufgerechnet, so daß sich nunmehr der Selbstkostenpreis der Fabrikate ergibt. — Gehören diese Gruppen von Personen zu den Angestellten, welche kaufmännische Dienste leisten (Handlungsgehilfen, § 59 HandelsGB.)?

Antwort: Unter Hinweis auf die Ausführung im Jahrg. 1921 S. 696 verneinen wir die Frage hinsichtlich beider Personengruppen. Sowohl die Dienste, welche der Vorbereitung der Lohnzahlung, der Ausrechnung der Löhne und der damit zusammenhängenden Listenführung sowie der Auszahlung dienen, als auch die der Errechnung des Selbstkostenpreises dienenden Arbeiten, erfordern, da die erforderlichen Unterlagen den mit diesen Aufgaben befaßten Angestellten fertig geliefert werden, nur noch rechnerische und gewisse mechanische, nicht aber **besondere kaufmännische Kenntnisse und Fertigkeiten**, die dem Angestellten das Gepräge des Handlungsgehilfen geben. Wir verweisen noch auf die Entsch. des RVA. in Arb. Vers. 1921 S. 87. Dort waren die Aufgaben der Angestellten weitergehende. Sie erhielten die Unterlagen nicht geliefert, sondern ihre Arbeiten „dienten der Kalkulation als Grundlage". Es waren kaufmännische Arbeiten, die ihnen die Eigenschaft von Handlungsgehilfen gaben.

Zur Befreiung der Krankenkassen von der Kapitalertragsteuer.

11. **Nach Berlin.** Antwort: Da es sich bei dem Ankauf von Reichsschatzwechseln durch die Krankenkasse offenbar um eine — sei es auch nur vorübergehende — Anlage von verfügbarem Kapital handelt, so hat die Kasse von dem Diskontbetrage keine Kapitalertragsteuer zu entrichten. Zu vgl. ArbVers. 1920 S. 603, 604, auch 1921 S. 240 Ziff. 9.

Zuziehung eines Facharztes ohne vorgängige Benachrichtigung der Kasse.

12. **Nach Wangen i. A.** Frage: Bei einem Kassenmitglied war sofortige Zuziehung eines Facharztes für Geburtshilfe notwendig, ohne vorher die Kasse benachrichtigen zu können. Die Beckenverhältnisse und der Zustand des Geburtskanals machten, auch nach Ansicht des Facharztes, die Einleitung der Frühgeburt mit nachfolgender Zangeextraktion notwendig. Dieser Arzt hatte hierher eine Eisenbahnfahrt von 20 Kilometern zu machen. Ist die Kasse verpflichtet, die Kosten des Kassenarztes und des Spezialarztes zu bezahlen?

Antwort: Ja! Denn es lag bei dem regelwidrigen Zustande der Organe und nach dem ganzen Verlaufe zweifellos Krankheit im Sinne des § 182 RVO. und zugleich Dringlichkeit im Sinne des § 368 RVO. vor, so daß die Kasse die Kosten der nach den Umständen gebotenen fachärztlichen Behandlung übernehmen muß, selbstverständlich neben den Kosten des anfänglich zugezogenen Kassenarztes, dessen Hilfe sich eben als unzulänglich erwiesen hatte.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1344 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. Februar 1922 | Heft 6

Die Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung.

Von Dr. jur. Arthur Fischer in Breslau.

Das Gesetz vom 28. 12. 1921 (RGBl. 1922 S. 7ff, ArbVers. 1922 S. 41) ist ein neuer Versuch zur Verbesserung der Lage der Unfallrentenempfänger. Von dem alten, unzulänglichen Prinzip der starren Zulagen kam man zu den prozentualen Zuschlägen und sucht jetzt durch Errechnung aus einem fingierten Jahresarbeitsverdienst den Ausgleich zu finden. Irgend ein Stichtag ist dabei nicht gegeben; das bedeutet, zumal das Erfordernis der Bedürftigkeit nicht aufgenommen und ein Antrag nicht notwendig ist, eine Ausdehnung des Kreises der Bezugsberechtigten. Trotzdem aber hat man sich wieder davor gehütet, Mehrlasten, die den Berufsgenossenschaften dadurch erwachsen, sei es auch nur zum Teil, auf das Reich zu übernehmen. Das Reich ist nur verpflichtet worden, solchen Berufsgenossenschaften, die es beantragen, mit 5 v. H. zu verzinsende und bis Ende 1924 zu tilgende Darlehn zu geben 1) zur Deckung der für das erste Jahr nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erhobenen Postvorschüsse (§§ 728, 988, 1160 RVO.), soweit sie für die Leistungen auf Grund dieses Gesetzes eingezogen werden und 2) zur Deckung der von den Postbehörden innerhalb des ersten Geschäftsjahres nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geleisteten Zahlungen, soweit sie auf Grund dieses Gesetzes geleistet worden sind und nicht schon durch Vorschüsse (1) gedeckt sind (§ 7).

A. Den Kreis der Berechtigten bestimmen die §§ 1, 2 und 9 des Gesetzes. „Deutschen", die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente beziehen, wird für die Zeit nach dem 31. Dezember 1921 eine monatlich im voraus zahlbare Zulage zu ihrer Rente gewährt, solange sie sich im Inlande aufhalten. Damit sind also alle Witwen, Waisen und Aszendenten gleichmäßig umfaßt, aber auch die Verletzten, deren Rente schon nach den hohen Jahresverdiensten aus 1921 berechnet sind (§ 1).

Der Kreis der Verletztenrentenbezieher wird aber auf solche beschränkt, deren Rente mindestens 50 v. H. der Vollrente beträgt oder die mehrere Renten beziehen, deren Hundertsätze zusammen mindestens die Zahl 50 ergeben (§ 2). — Damit ist das von mir erstmalig in der Literatur vertretene und dann Gesetz gewordene Additionsprinzip beibehalten worden. Aber es ist bedauerlich, daß nicht wenigstens bei den in Arbeit stehenden Verletzten eine Klausel geschaffen worden ist, nach der die Zulage nur zu gewähren ist, wenn das tarifmäßige Einkommen völlig Gesunder nicht erreicht wird. Denn Tatsache ist, daß sehr viele Schwerverletzte vollen Tariflohn erhalten, sei es, daß sie ihn wirklich verdienen, sei es, daß wohlwollenderweise von der in allen Lohntarifen vorhandenen Bestimmung kein Gebrauch gemacht wird, die es dem Arbeitgeber ermöglicht, im Einvernehmen mit der Arbeit-

nehmervertretung den Lohn dauernd Minderleistungsfähiger entsprechend niedriger festzusetzen. Wenn auch seitens der Kriegsverletztenverbände gegen diese Befugnis scharf Sturm gelaufen wird, so hat sie doch eine schwerwiegende, sozialethisch erzieherische Bedeutung, weil sie für die Verletzten zum Ansporn wird, den Rest ihrer Arbeitsfähigkeit zu höchster Entwickelung zu bringen, um dem Vollarbeiter möglichst nahe zu kommen, während die Außerachtlassung nur energieerschlaffend wirkt und den besten Heilfaktor, Arbeit, einschläfert.

Zu Zweifeln gibt die Frage Anlaß, ob auch solche Verletzte, die noch in Behandlung stehen und die Vollrente beziehen oder bei Krankenhausbehandlung deren Angehörige ebenfalls Anspruch auf die Zulage haben. Bisher hat man diesen Anspruch abgelehnt, weil man nur solchen Personen die Zulage zuerkannte, bei denen das Heilverfahren schon abgeschlossen war. Es ist kaum anzunehmen, daß das Gesetz an dieser Auffassung rütteln wollte. Allerdings kann es dann vorkommen, daß ein solcher Verletzter nach dem Abschluß des Heilverfahrens durch die Zulage eine höhere Rente erhält, als die Vollrente betrug, er also in der Zeit der schwersten wirtschaftlichen Notlage eine schlechtere Fürsorge genoß als in dem Augenblick, wo er wieder zu verdienen beginnen konnte.

Von dem Erfordernis des Aufenthaltes im Inlande kann abgewichen werden. Denn der Reichsarbeitsminister darf mit Zustimmung des Reichsrates bestimmen, daß die Vorschriften dieses Gesetzes auf Deutsche, die sich im Ausland aufhalten, Anwendung finden (§ 9 Abs. 2). Diese Möglichkeit wird namentlich solchen Rentenempfängern zugute kommen, die während der Optionszeit in den abgetretenen Gebieten verbleiben.

Auch eine A u s d e h n u n g auf Nichtdeutsche ist vorgesehen, indem der Reichsarbeitsminister das Recht bekommen hat, mit Zustimmung des Reichsrates zu bestimmen, daß die Vorschriften dieses Gesetzes auf fremde Staatsangehörige, die im Inland ihren Wohnort haben, Anwendung finden. Dabei gilt als Wohnort der Ort, in welchem sich der Rentenempfänger nicht vorübergehend aufhält, sondern mit der Absicht dauernden oder längeren Verbleibens wohnt (§ 9, Abs. 1).

Zweifelhaft ist aber, wie der Ausdruck „beziehen" auszulegen sei. Muß die Rente schon laufen oder genügt es, wenn der Anspruch bis 31. 12. 1921 erwachsen ist? Nach der bisherigen Stellungnahme der Instanzen zu den früheren Verordnungen erscheint die letztere Auffassung richtig. Dann haben auch die Eltern eines am 28. 10. 1921 nach Unfall Verstorbenen Anspruch auf Berechnung ihrer Aszendentenrente nach dem 12 000 M. Verdienst (§ 3), obwohl der tatsächliche Verdienst darunter lag. Eine Härte liegt dann zweifellos gegenüber solchen vor, die erst vom 1. 1. 1922 ab in den Rentengenuß treten, ohne einen Jahresverdienst von 12 000 M. aufweisen zu können. Aber solche Grenzfälle sind unvermeidlich und werden bei den gesteigerten Löhnen auch selten bleiben. Außerdem bezweckt das Gesetz ja auch gar nicht eine allgemeine Heraufsetzung des ungedrittelten Jahresarbeitsverdienstes. Allerdings geschieht diese Heraufsetzung fraglos für alle Fälle bis zum 31. 12. 1921. — Legt man das „beziehen" aber nicht in dem hier dargelegten Sinne aus, dann ist die logische Folge, daß man allen Witwen, Waisen und Aszendenten und auch allen Schwerverletzten, deren Ansprüche erst aus Unfällen nach dem 1. 1. 1922 erwachsen, die Renten ausnahmslos nach dem fingierten Jahresverdienst von 12 000 M. gewähren muß. Das steht aber im Widerspruch zu der Überschrift des Gesetzes „N e u r e g e l u n g d e r Z u l a g e n". Soviel Ehrlichkeit muß man dem Gesetzgeber zutrauen, daß er nicht seine etwaige Absicht, die Drittelungsgrenze heraufzusetzen, in solcher Form verhüllt. Außerdem würde das bedeuten, daß Schwerverletzte anders zu behandeln sind als Leichtverletzte.

B. D i e B e r e c h n u n g d e r Z u l a g e erfolgt in der Weise, daß die Rente

eines Volljährigen über 21 Jahre umgerechnet wird nach einem Jahresarbeitsverdienst von 12 000 M. oder, falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines landwirtschaftlichen Arbeiters festgelegt worden ist, aus einem Betrage von 8100 M. Dann ist die Differenz zwischen dieser „erhöhten Rente" und der tatsächlich bezogenen die zu gewährende Zulage. — Für Minderjährige unter 16 Jahre erniedrigen sich die fingierten Jahresarbeitsverdienstsätze auf 60 v. H., für Minderjährige vom 16. bis 21. Lebensjahre auf 80 v. H. — § 3.

Nach dem Wortlaut ist anzunehmen, daß die Rente von den vollen 12 000 M. zu berechnen und die Bestimmung nicht etwa so aufzufassen ist, als könnte der 10 200 M. übersteigende Betrag gedrittelt werden. Diese letztere Auffassung läßt sich aber sehr wohl mit § 11 Abs. 1 belegen, wonach die Vorschriften der RVO. in Geltung bleiben! Es wäre wünschenswert, wenn die Ausführungsbestimmungen diese Frage recht eingehend und zweifelklärend behandelten. Diese Bestimmungen dürften wohl auf Grund des § 12 vom Reichsversicherungsamt zu erwarten sein, dem der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats seine Befugnis, Näheres über die Durchführung und das Verfahren zu bestimmen, ganz oder teilweise auf das Reichsversicherungsamt übertragen darf.

Eine unverständliche Absicht oder ein sehr zu bedauerndes Versehen liegt darin, daß kein Unterschied zwischen Männer- und Frauenlohn gemacht ist. Der Ortslohn wird verschieden nach dem Geschlecht festgesetzt; in den Lohntarifen erhält die Frau 10 bis 33⅓ v. H. weniger als der Mann — soll wirklich die Rente ohne jeden Zusammenhang mit den wirtschaftlichen Realitäten auch von 12 000 M. festgesetzt werden wie bei der Männerhöchstrente?

Die Bestimmungen über den Jahresarbeitsverdienst geben noch zu weiteren Fragen Anlaß. So sagt der Abs. 3 des § 3, daß die verkürzten Jahresverdienstsätze in Anwendung kommen, „solange" der Berechtigte .... alt „ist". Das bedeutet einmal, daß als Stichtag nicht der Tag des Unfalles, sondern der 1. Januar 1922 gilt, und zum andern, daß die Zulage zu erhöhen ist, sobald das 16. oder 21. Lebensjahr vollendet wird. Die Begründung dieser aus dem Text gefolgerten Ansicht liegt in der bisherigen Bestimmung, daß ein Minderjähriger von vornherein seine Rente mindestens nach dem Ortslohn eines Volljährigen berechnet erhalten mußte; und nach dem neuen Gesetz tritt eben der gestaffelte fingierte Verdienst an dessen Stelle. — Bevorzugung und Benachteiligung in einem Atem!

Das „solange" regt sofort die neue Frage an, ob die Zulage sich mitten im Monat ändern soll. Bisher erhielt doch bekanntlich der Berechtigte, dessen Geburtstag mitten in einem Monat fiel, da die Zulage nur für volle Monate zu zahlen war, für den Geburtsmonat keine Zulage mehr. Oder trat umgekehrt ein nachgeborenes Kind in die Berechtigung ein, so erfolgte die Änderung erst vom folgenden Monat an. Der Satz „die Zulage wird nur für volle Monate gezahlt" fehlt. Ich sehe aber trotzdem keinen Grund, von der bisherigen Gepflogenheit abzugehen. Denn man ist doch bei der Art, wie heute Gesetze bei uns zustandekommen, langsam schon daran gewöhnt, wegen einer ungewöhnlichen und ungenauen Ausdrucksweise nicht gleich zu unterstellen, daß wirklich das Gewohnte und Genaue abgeschafft werden soll.

In der Praxis wird dieser fingierte hohe Jahresarbeitsverdienst besondere Bedeutung bei den §§ 570, 932, 935 erlangen, in denen der Ortslohn eine Rolle spielt, denn das 300fache des Ortslohnes wird häufig nicht 12 000 oder 8100 M. erreicht haben. Eine gewisse Abschwächung liegt aber wieder darin, daß nicht einheitlich für alle Altersklassen jener Höchstbetrag zugrunde zu legen ist, sondern durch die vorgesehene Staffelung ein gar zu starkes Überschreiten der alten Berechnungsgrundlage vermieden erscheint.

Warum für die landwirtschaftlichen

Arbeiter ein geringerer Verdienst angenommen worden ist, erscheint nicht ganz einleuchtend. Denn nach Einbeziehung der Deputatansprüche ist der Unterschied bei dem heutigen Preise landwirtschaftlicher Produkte kaum auf 4000 M. zu veranschlagen.

Aber das Gesetz enthält noch einen weiteren „agrarischen Pferdefuß". Nach § 10 dürfen die Vorstände der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften mit Genehmigung der obersten Landesbehörde bestimmen, daß die Zulagen ganz oder teilweise versagt werden können, wenn die Rente aus Anlaß des Unfalles eines Versicherten festgesetzt ist, der als landwirtschaftlicher Unternehmer oder als Ehegatte eines solchen versichert war, und wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht oder nicht ganz benötigt wird. (Warum ist eine ähnliche Ausnahme nicht auch für den dem § 925 entsprechenden § 548 zugelassen?) Wenn die Vorstände von dieser Befugnis Gebrauch machen, so können sie mit Genehmigung der obersten Landesbehörde nähere Bestimmungen treffen.

In allen Fällen, in denen der Verletzte schon vor dem Unfalle dauernd teilweise erwerbsunfähig war, seine Rente also gemäß den §§ 571, 940, 941, 1081, 1082 nach einem gekürzten Jahresarbeitsverdienst berechnet worden ist, tritt auch jetzt an Stelle der obengenannten Beträge derjenige Teil dieser Beträge, welcher dem Maße der Erwerbsfähigkeit vor dem Unfalle entspricht (§ 4).

C. Die Zahlung der Zulage erfolgt monatlich im voraus. Die Zulage wird auf volle Mark für den Monat aufgerundet (§ 6), und zwar meiner Meinung nach für jede Einzelperson, nicht in ihrem Gesamtbetrage.

Das Gesetz wirkt vom 1. 1. 1922 an, ist aber leider wieder erst so spät zustandegekommen, daß eine rechtzeitige Erledigung der Vorarbeiten den Berufsgenossenschaften einfach unmöglich war. Deshalb werden für die Monate Januar, Februar und März noch die alten Doppelzulagen nach dem Gesetz vom 11. 4. 1921 von den Postanstalten weitergezahlt, die vom Reichsarbeitsminister entsprechend angewiesen worden sind. Diese vorläufigen Zulagen werden aber natürlich auf die endgültige Zulage in Anrechnung gebracht (§ 8).

Diese Übergangsbestimmung hat doch offensichtlich nur den Zweck, für den endgültig Zulageberechtigten kein Vakuum eintreten zu lassen. Nach dem Gesetz haben aber zunächst Ausländer im Inland keinen Zulageanspruch. Ihnen würde die Zulage mithin für die drei Monate zu Unrecht gezahlt werden. Es ist daher meiner Meinung nach fraglos zulässig, ihnen kurz entschlossen sofort die Zulage zu sperren. Macht der Reichsarbeitsminister von seiner Befugnis aus § 9 Gebrauch, wofür ja wohl ein gegenseitiger Staatsvertrag Voraussetzung wird sein müssen, so bleibt immer noch Zeit und Gelegenheit zur Nachzahlung.

Ruht die Rente oder sind die Voraussetzungen für die Gewährung nicht mehr gegeben, so fällt die Zulage weg. Solche Voraussetzungen sind zur Zeit z. B. das Sinken der Rente unter 50 v. H., Verlust der deutschen Reichsangehörigkeit, Verzug nach dem Auslande; doch kann, wie schon vorher gesagt, der Kreis dieser Voraussetzungen ganz wesentlich eingeschränkt werden, wenn der Reichsarbeitsminister oder die Vorstände der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften von den ihnen eingeräumten Befugnissen Gebrauch machen. — Die Frage, ob in dem Falle des Ruhens nach § 615 Ziff. 1 Abs. 2 den Angehörigen die Zulage überwiesen werden kann, muß bejaht werden. Denn die Verordnung vom 5. 5. 1920 erklärte direkt die Anwendbarkeit in ihrem § 10, und es besteht kein Anlaß, jetzt einen anderen Sinn des Gesetzgebers anzunehmen. Die vielfachen Abänderungsverordnungen und -gesetze sind zudem doch Bestandteile der RVO. geworden, und die Vorschriften der RVO. gelten, soweit das hier besprochene heutige Gesetz nicht etwas anderes vorschreibt, entsprechend (§ 11). Etwas anderes ist aber eben nicht vorgeschrieben.

Einer Prüfung bedarf noch die Frage, ob der fingierte Jahresverdienst auch in den Fällen zur Anwendung zu gelangen hat, die innerhalb der Monate Januar bis März zum Abschluß kommen, sei es, daß die Rente unter 50 v. H. sinkt, sei es, daß der Verletzte stirbt, oder ähnliches. Da im § 1 steht, daß Deutschen, die Rente beziehen, für die Zeit nach dem 31. 12. 1921 eine im voraus zahlbare Zulage zu ihrer Rente gewährt wird, so ergibt sich klar, daß ihnen, sobald sie überhaupt nur am Tage der Gesetzeskraft eine Rente in dem dargelegten Sinne „bezogen" haben, die Zulage vom 1. 1. 1922 ab zusteht, sei es ihnen selbst oder ihren Rechtsnachfolgern. Anders ist zu urteilen, wenn der Bezug schon vor dem 31. 12. 1921 aufgehört hat. Für diese schon abgeschlossen gewesenen Fälle kommt die Zulage nicht in Frage. Denn diese „beziehen" keine Rente mehr.

Die früheren Verordnungen gewährten die Zulage nur für eine vorher festbegrenzte Zeit, so zuletzt bis zum 31. 12. 1921. Einen solchen Endtag enthält unser Gesetz nicht. Demnach haben die Zulagen unbegrenzte Dauer, d. h. sie können erst wieder durch ein neues Gesetz in Wegfall gebracht werden, also voraussichtlich erst, wenn die Valuta- oder sonstigen Wirtschaftsverhältnisse wieder normal geworden sind. Ein solches Gesetz zu beantragen, wird dann Aufgabe der Versicherungsträger sein müssen, die als soziale Sachwalter nicht zugeben dürfen, daß diese hohe Renten dauernd bestehen bleiben, weil das dazu führen würde, daß ein Arbeitender weniger verdient, als ein Altrentner erhält. Eine Kapitalistengruppe neu zu schaffen, kann nicht im Sinne der Gesetzgeber in der Zeit des Sozialismus gelegen haben.

D. Bescheid und Rechtsmittel. Da kein Antrag erforderlich ist, entscheidet die Berufsgenossenschaft von Amts wegen über die Gewährung der Zulage. Die Entscheidung ist schriftlich zu erteilen und zu begründen. Gegen die Entscheidung ist binnen einem Monat nach Zustellung Einspruch an die Spruchkammer des Oberversicherungsamts zulässig, das zu entscheiden hätte, wenn es sich um eine Berufung gegen einen Endbescheid handelte. Die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist endgültig, doch gilt § 1693, betreffend Abgabe der Sache an das Reichs- oder Landesversicherungsamt, entsprechend mit der Maßgabe, daß das Reichs- oder Landesversicherungsamt sich auf die Entscheidung der grundsätzlichen Rechtsfrage beschränken kann. — Ein Pauschbetrag an das Oberversicherungsamt als Gerichtskosten ist für Spruchsachen aus diesem Gesetz nicht zu entrichten (§ 5).

E. Besondere Bestimmungen gibt der § 11 über den Charakter der Zulage. Sie darf nur in den Fällen des § 119 Abs. 1 Nr. 1 und 2 mit rechtlicher Wirkung übertragen, verpfändet und gepfändet werden, d. h. wegen eines Vorschusses, den der Berechtigte auf seine Ansprüche vor Anweisung der Leistungen vom Arbeitgeber oder von einem Organe des Versicherungsträgers oder einem seiner Mitglieder erhalten hat oder wegen der in § 850 Abs. 4 ZPO. bezeichneten Forderungen, also zugunsten der Alimentationsansprüche, soweit dadurch der notdürftige Unterhalt nicht gefährdet wird. Nur ausnahmsweise darf der Berechtigte auch in anderen Fällen seinen Anspruch übertragen, muß hierzu aber die Genehmigung des Versicherungsamts haben. — In der heutigen Zeit machen die Verletzten von dieser Erlaubnis öfter insofern Gebrauch, als sie sich von einer Bank ein Darlehn geben lassen und ihr als Abzahlung hierauf ihre Forderung an die Berufsgenossenschaft übertragen. — Der eben besprochene Abs. 2 des § 11 ist eine Ausnahme vom § 7 der Verordnung vom 5. 5. 1920, nach dem derartige Rechtsgeschäfte mit der Zulage ausdrücklich verboten waren.

Nach wie vor gilt die Zulage nicht als Unfallentschädigung im Sinne des § 1501 Abs. 2, der §§ 1528, 1529, d. h. die Krankenkassen können ihren Ersatzanspruch nur aus der Rente, nicht aber auch aus der Zulage befriedigt erhalten. Hierin wird man eine Bestätigung meiner Ansicht sehen können, daß die Erhöhung der Drittelungsgrenze auf 10 200 M. durch das Gesetz vom 11. 4. 1921

auch nicht zugunsten von Nachzahlungen an die Krankenkassen gedacht war; denn beide Gesetze bezwecken fraglos nur die Tendenz, der Notlage der Versicherten zu steuern, nicht aber das Zugriffsrecht Dritter zu erweitern. Die den Oberversicherungsämtern vorliegenden Streitfälle sind bisher aber noch nicht zur Entscheidung gelangt.

Ebenso verhält es sich mit dem Sterbegeld. Es heißt im § 1 ausdrücklich „Rente beziehen" und Zulage zu ihrer „Rente". Daraus ist zu folgern, daß das Sterbegeld nicht darunter fällt. Denn es wird nicht „bezogen"; „Beziehen" setzt eine Wiederkehr der Zahlung voraus. Folglich ist es nicht nötig, das Sterbegeld nach dem 12 000-M.-Verdienst zu bemessen. Stirbt z. B. ein Verletzter, der nur 6000 M. verdient hatte, infolge eines Unfalles noch vor dem 31. 12. 1921, so ist nach dem Gesetz der Berechnung der Hinterbliebenenrente der erhöhte Jahresverdienst von 12 000 M. zugrunde zu legen. Es kann aber für das Sterbegeld immer nur der tatsächlich erworbene Jahresverdienst in Frage kommen, mag die Krankenkasse auf Ersatz beharren oder auf Erstattung verzichten.

Ebensowenig wie bisher gilt die Zulage als Unfallrente im Sinne des § 1511, wenn die Krankenkasse satzungsgemäß Krankengeld nur so weit gewährt, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt, oder wenn das Ruhen der Invalidenrente beim Zusammentreffen mit Unfallrente in Frage steht (§ 1522; daß der § 1311 nicht mehr angezogen ist, erklärt sich durch dessen Aufhebung durch das Gesetz vom 7. 4. 1921), oder wenn Ersatzansprüche von Gemeinden, Armenverbänden, Betriebsunternehmern oder Kassen, die statt solcher Verpflichteten nach gesetzlicher Pflicht Hilfsbedürftige unterstützen, geltend gemacht werden (§ 1535 und § 1541). Auch bei der Berechnung des Kapitalwertes der Renten in der Tiefbauberufsgenossenschaft bleibt die Zulage außer Ansatz (§ 735 Abs. 2). Ebenso sind die Zulagen bei der Bildung der Rücklagen nicht zu berücksichtigen.

Dagegen fällt auch weiterhin die Zulage mit in die anrechnungsfähige Summe, wenn ein Übergang von Forderungen an Dritte auf die Versicherungsträger eingetreten ist, wie es schon Art. XII des Gesetzes vom 7. 4. 1921 vorschrieb; auch gilt das Verfahren über die Gewährung von Zulagen als ein Verfahren nach der RVO. (§§ 1542, 1543). — § 1544 ist im Gesetze nicht erwähnt, da er aber den § 1542 auf knappschaftliche Krankenkassen und auf Ersatzkassen anwendbar erklärt, muß logisch doch auch diesen Kassen die Erweiterung der Anrechnung zugute kommen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zum Begriff des „Handlungsgehilfen" im Sinne der Versicherungsgesetze.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 3. Dezember 1921 (3673/21. J. I.).

Eine Reihe von Angestellten sind von einer Versicherungs-Aktiengesellschaft als „Kontoristinnen" eingestellt worden und werden zur Zeit in der Kanzlei als „Stenotypistinnen" teils ausschließlich, teils überwiegend mit der Aufnahme von Stenogrammen und der Wiedergabe mit der Schreibmaschine beschäftigt. Einige werden nebenher auch mit Rechnungsarbeiten beschäftigt; andere waren vordem auch in anderen Abteilungen der Gesellschaft mit eigentlich versicherungstechnischen Arbeiten, die anderen aber von Anfang an nur in der Kanzlei beschäftigt. Einzelne haben eine praktische und theoretische kaufmännische Lehrzeit durchgemacht. Die übrigen sind nach einer kürzeren oder längeren Ausbildung in der staatlichen Fortbildungsschule oder in einem Handelslehrinstitut gleich als Kontoristinnen oder Korrespondentinnen oder Stenotypistinnen bei Kaufleuten oder Rechtsanwälten tätig gewesen und haben in diesen Stellungen ihre Kenntnisse praktisch weiter ausgebildet. Eine Angestellte war vor ihrem halbjährigen Handelsschulbesuch drei Jahre als Verkäuferin in dem Ladengeschäft der „Produktion" tätig.

Die Landesversicherungsanstalt (Antragstellerin) hält die Angeklagten ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresverdienstes für invalidenversicherungspflichtig, weil sie als Büroangestellte nur mit einfachen, ausführenden Hilfsarbeiten beschäftigt seien und somit nicht zu den Büroangestellten in gehobener Stellung i. S. des § 1226 Ziffer 2 RVO.

zählten. Die Versicherungsgesellschaft (Antragsgegnerin) ist gegenteiliger Auffassung, weil es sich bei ihren Angestellten um Kontoristinnen handele, die in ihrem kaufmännischen Geschäftsbetriebe beschäftigt und daher auch in der Angestelltenversicherung versichert seien.

Das Versicherungsamt hat, nach Anhörung der Beteiligten, ein Gutachten der Handelskammer eingeholt. Diese hat sich dahin ausgesprochen, daß die Angestellten, die nur mit der mechanischen Übertragung der nach Diktat aufgenommenen Briefe beschäftigt seien, als Gehilfinnen i. S. des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. anzusehen seien. Bei den anderen könne das zweifelhaft sein, weil sie auch selbständig nach Stichworten Briefe ausfertigten und auch Berechnungen vornähmen. Mit Rücksicht auf den geringen Umfang dieser selbständigeren Arbeiten seien auch diese Angestellten doch als überwiegend mit mechanisch-technischen Diensten beschäftigt und somit als Gehilfinnen i. S. des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. zu betrachten. — Das Versicherungsamt hat hierauf dahin entschieden, daß die bezeichneten Angestellten, seit sie mehr als 2000 M. jährlich an Gehalt bezogen haben, nicht mehr der Invalidenversicherungspflicht unterliegen und daß sie zu den im § 1 Abs. 1 AngestVersGes. bezeichneten Personen gehören. — Gründe:

Der ganze Streit darüber, ob es sich bei den Arbeiten dieser Schreiberinnen um lediglich ausführende, untergeordnete, unselbständige, mechanische Hilfsarbeiten handelt oder nicht, ist hier müßig. Denn es fragt sich hier in erster Linie, ob die Personen „Handlungsgehilfen" sind. Sind sie als solche nach der Art ihrer Tätigkeit, ihrer Stellung im Betriebe und der Art des geschäftlichen Unternehmens zu betrachten, so kommt es nicht mehr darauf an, ob ihre Tätigkeit einfacher oder komplizierter Natur ist. Es gibt auch Handlungsgehilfen, die mit ganz untergeordneten, einfachen Arbeiten beschäftigt werden. Handlungsgehilfen sind nach § 59 HGB. — und dieser handelsrechtliche Begriff ist auch für das Versicherungsrecht in § 1226 Abs. 1 Nr. 3 RVO. und in § 1 Abs. 1 Nr. 3 AngestVersGes. maßgebend — „die in einem Handelsgewerbe zur Leistung kaufmännischer Dienste angestellten Personen". Die Versicherungs-Aktiengesellschaft ist ein spezifisches Handelsunternehmen. Zu den Handlungsgehilfen zählen nicht die Arbeiter und niederen Hilfspersonen, wie Hausdiener, Boten, Austräger, noch auch die lediglich mit der Bearbeitung, Behandlung oder Handhabung von Waren beschäftigten gewerblichen Arbeiter und Gewerbegehilfen, wie Packer, Kutscher usw. Zweifellos leisten aber die mit der Korrespondenz beschäftigten Personen in einem Handelsunternehmen kaufmännische Dienste. In einem kleineren Unternehmen des Warenhandels müssen die „Korrespondenten" besondere Fachkenntnisse haben und auch befähigt sein, selbständig Briefe aufzusetzen nach kurzen Angaben des Chefs oder Prokuristen. In einem Großbetriebe aber werden regelmäßig die schriftlichen Arbeiten wieder spezialisiert, so daß neben Angestellten mit selbständigen und besondere Erfahrungen und größere Fachkenntnisse erfordernden Arbeiten, andere ausschließlich oder überwiegend mit einfachen, mehr mechanischen Schreibarbeiten beschäftigt werden. In einem solchen Großbetriebe mit arbeitsteiliger Organisation der Kontortätigkeit werden naturgemäß die Stenotypistinnen fast ausschließlich mit dem Schreiben nach Diktat beschäftigt. Durch diese Verwendung können sie aber nicht die Eigenschaft eines Handlungsgehilfen verlieren, wenn sie kaufmännisch ausgebildet sind und demgemäß auch mit anderen Arbeiten im Kontor beschäftigt werden **können**. Das ist aber bei allen diesen Personen der Fall, mag auch ihre Ausbildung nicht sehr gründlich oder vielseitig sein. Sie können also nicht die Eigenschaft als Handlungsgehilfen verlieren, wenn sie nach ihrer Beschäftigung in anderen Abteilungen mit Rechnungs- oder Buchhaltungsarbeiten zur Kanzlei versetzt werden und dort hauptsächlich nach Diktat stenographieren und schreiben, ebensowenig wie sie bei einer Heranziehung zu anderen Kontorarbeiten erst zu Handlungsgehilfen werden. Ein Übergang von der einen zur anderen Art der Beschäftigung oder das größere oder geringere Maß ihrer Beschäftigung mit den einen oder anderen Arbeiten kann ihren Charakter als kaufmännische Gehilfen nicht ändern, wenn sie nur für die einen wie für die anderen Arbeiten nach ihrer Vorbildung und Ausbildung verwendbar sind. Auf das größere oder geringere Maß ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse in diesem oder jenen Zweige kann es nicht ankommen. Sicherlich ist das Schreiben nach Diktat, auch das Stenographieren, eine Tätigkeit, die durch Übung um so mehr mechanisch wird, je größer die durch Übung erlangte Geschicklichkeit und Fertigkeit wird. Aber dabei müssen die Schreiberinnen auch den Inhalt verstehen und so viel kaufmännische Kenntnisse in dem betreffenden Fach besitzen, daß sie das Diktat schnell, sicher und richtig wiedergeben können. Von den gewöhnlichen Korrespondenten unterscheiden sie sich also nur durch den Umfang ihrer kaufmännischen Kenntnisse, die um so geringer sein können, je einseitiger sie beschäftigt werden. Auf den Umfang ihrer Fähigkeiten aber kann es nicht ankommen. Es genügt, daß sie in einem kaufmännischen Unternehmen mit Diensten beschäftigt werden, wie sie im allgemeinen kaufmännisch ausgebildete Personen verrichten, und die zur spezifisch kaufmännischen Tätigkeit gehören. Auch diese spezialisierte Teilarbeit der Korrespondenz erfordert aber gewisse Kenntnisse des Geschäfts, hier des Versicherungsgeschäfts, und gehört also zur kaufmännischen Korrespondenz. Das erweist sich auch darin, daß alle Stenotypistinnen in diesem Geschäft auch kaufmännische Vorkenntnisse haben, einige auch mit anderen Arbeiten nach Bedarf beschäftigt werden.

Wenn die Handelskammer also meint, daß diese Personen nicht Handlungsgehilfen seien, weil sie im wesentlichen mechanisch arbeiteten, so ist das irrig. Von größerer Bedeutung ist dagegen das in der

Sammlung der Gutachten der Berliner Handelskammer (herausgegeben von Dr. Max Apt, 2. Folge) unter Nr. 130 veröffentlichte Gutachten, nach dem im Verkehr der Lebensversicherungs-Gesellschaften die bei diesen beschäftigten Maschinenschreiberinnen nicht als Gewerbegehilfen, sondern als Handlungsgehilfen angesehen werden. Die Verkehrsanschauung ist für die Beurteilung dieser Frage aber von großer Bedeutung. Eine isolierte Bewertung dieser Art der Tätigkeit ist nicht angängig. Sie muß im Zusammenhang mit der Gesamttätigkeit im kaufmännischen Geschäft und der technischen Organisation in den Groß- und Kleinbetrieben des Handels gewertet werden. Es erscheint aber dem Versicherungsamt nicht zweifelhaft, daß die Herauslösung dieser Tätigkeit der Stenotypistinnen aus der gesamten Korrespondenzarbeit in kaufmännischen Kontoren den Verhältnissen und den Anschauungen der Handelskreise nicht entsprechen würde. Die bezeichneten Stenotypistinnen sind daher als Handlungsgehilfen zu betrachten. Demgemäß war auf Grund der §§ 1459 RVO. und 210 AngestVersGes. wie geschehen zu entscheiden.

Fürsorgestelle für Kriegswitwen und Kriegswaisen als Einrichtung des Armenverbandes im Sinne der §§ 1531 RVO.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Magdeburg vom 22. 10. 21.

Die Annahme der Vorentscheidung, daß die Fürsorgestelle für Kriegswitwen und Kriegswaisen in B. gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse keinen Ersatzanspruch auf Grund der §§ 1531 ff. RVO. geltend machen könne, ist irrig. Die Hinterbliebenenfürsorge ist ein Teil der sozialen Fürsorgeeinrichtungen, die unter dem Begriff Armenverwaltung zusammengefaßt werden. Sie ist gedacht als Fürsorgeeinrichtung für Kriegswitwen und Kriegswaisen, ihre Mittel sind städtische, sie untersteht dem Magistrat. Gemäß dem Zwecke, zu dem sie geschaffen ist, muß sie eingreifen, wenn eine hilfsbedürftige Kriegerwitwe ihr überwiesen wird. Daß diese Voraussetzungen im vorliegenden Falle gegeben waren, ist nicht bestritten und auch nicht zu bezweifeln. Die Hinterbliebenenfürsorge mußte also die Klägerin unterstützen und hat dies durch Gewährung einer Kur in der Heilstätte Heidehaus Hannover getan. Infolgedessen ist sie auch berechtigt gewesen, gemäß § 1531 ff. RVO. Ersatz ihrer Aufwendungen von der Krankenkasse zu verlangen. Nach § 1533 Ziff. 3 RVO. sind die Kosten für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhause aus dem Krankengeld zu ersetzen, wobei die Hälfte des Grundlohnes angesetzt wird. Da die Klägerin sich 194 Tage lang in der Heilstätte befunden hat und der Grundlohn für die 6. Stufe, der die Klägerin angehört hat, auf 6 M. festgesetzt war, mußte die Krankenkasse einen Betrag von 194 × 3 = 582 M. an die Fürsorgestelle abführen, was geschehen ist. Da das Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO. ebenfalls dem halben Grundlohn entspricht, so hat die Klägerin für die in Frage kommende Zeit keinen Anspruch auf Krankengeld. Es kommt infolgedessen nicht darauf an, ob die Abtretung ihres Anspruches zu Recht erfolgt ist oder nicht. Nach dem vorstehend angeführten ist aber auch kein Zweifel, daß die Abtretung nach § 119 Abs. I Ziff. 3 zulässig war, ohne daß es der Genehmigung des Versicherungsamtes bedurfte.

Die Vorentscheidung mußte daher aufgehoben und die Klägerin mit ihrem Anspruch abgewiesen werden.

B. Zur Krankenversicherung.

Daß die Satzung Familienhilfe nur durch Kassenärzte zubilligt, schließt den Anspruch auswärts wohnender Versicherter nicht aus.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 4. Oktober 1921 (2680 Amtl. Nachr. 1921 S. 435).

Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2588 (Amtl. Nachr. 1920 S. 379) des näheren dargelegt hat, ist eine Krankenkasse zwar berechtigt, die Familienhilfe, da sie eine Mehrleistung und keine Regelleistung darstellt, ihrem Umfang nach zu begrenzen. Eine solche Begrenzung darf aber dem Grundsatz der Gleichberechtigung der Kassenmitglieder nicht widersprechen und daher nicht dazu führen, die Gewährung der Familienhilfe auf einen Teil der Kassenmitglieder zu beschränken. Eine solche Beschränkung wird aber, wie das Oberversicherungsamt in seinem Abgabebeschluß mit Recht hervorhebt, durch die in Frage stehende Satzungsbestimmung der Beklagten in der Tat erzielt. Denn die Beschränkung der ärztlichen Behandlung auf die Behandlung durch die Kassenärzte läuft, sofern nicht an allen Orten, wo Versicherte wohnen, Kassenärzte vorhanden sind, darauf hinaus, daß auswärts wohnende Kassenmitglieder von der Gewährung der ärztlichen Behandlung an ihre versicherungsfreien Familienangehörigen dann ausgeschlossen werden, wenn nach der Art der Erkrankung oder aus sonstigen Gründen die Inanspruchnahme eines im Kassenbezirke wohnenden Kassenarztes nicht erfolgen kann Im Ergebnis wird also in der Mehrzahl der Fälle die Gewährung der Familienhilfe auf die Angehörigen der im Kassenbezirke wohnenden Versicherten beschränkt. Der § 32 der Satzung der Beklagten ist daher, soweit er diese Beschränkung anordnet, unzulässig, und die Beklagte ist verpflichtet, die durch die Inanspruchnahme

eines Nichtkassenarztes dem Kläger entstandenen Kosten zu übernehmen. Dem steht auch die Revisionsentscheidung 2370 (Amtl. Nachr. 1917 S. 541) nicht entgegen, in der eine Satzungsbestimmung, nach der den versicherungsfreien Familienmitgliedern eines Versicherten lediglich ärztliche Versorgung durch eine von der Kasse errichtete ärztliche Beratungsstelle gewährt wird, für zulässig erachtet worden ist. In diesem Falle handelt es sich um eine alle Kassenmitglieder gleichmäßig treffende sachliche Beschränkung der ärztlichen Behandlung: diese soll nur in Form einer Beratung des erkrankten Familienmitgliedes an der Beratungsstelle selbst erfolgen, während weitergehende ärztliche Behandlung ausgeschlossen ist. Eine solche Satzungsbestimmung begrenzt die Familienhilfe zwar ihrem Umfang nach, macht sie aber nicht von Voraussetzungen abhängig, die in der Person des Kassenmitgliedes selbst beruhen.

Anspruch auf Familienwochenhilfe bei Entbindung unter Kunsthilfe.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Breslau v. 28. November 1921 (K. B. 294/21).

Das Versicherungsamt ist in seinem Bescheide vom 27. September 1921 davon ausgegangen, daß die Entbundene nicht als Wöchnerin im Sinne des § 205a RVO. anzusehen sei, weil sie durch Kunsthilfe entbunden worden sei und damit nicht einen Anspruch auf Familienwochenhilfe, sondern nur auf Krankenhilfe habe. Richtig ist, daß nach der Bescheinigung des Arztes Dr. P. bei der Entbindung der F. Kunsthilfe erforderlich geworden ist. Durch die Gewährung von Kunsthilfe wird ein Wochenhilfefall nicht ohne weiteres und im ganzen Umfange ein Krankenhilfefall. Das Maß der Leistungen der Wochenhilfe ist ein anderes als das der Krankenhilfe. Wird, wie im vorliegenden Falle, Kunsthilfe erforderlich, so müssen unter allen Umständen die Leistungen der Wochenhilfe bestehen bleiben, die durch die Krankenhilfe nicht gewährt werden können. Die Ausführungen im Kommentar des Dr. Hoffmann in Anm. 6 zu § 195 RVO. widersprechen dem nicht. Im vorliegenden Falle hat nun aber die F., da sie krankenversicherungspflichtig nicht gewesen ist, einen Anspruch auf Krankenhilfe überhaupt nicht. Ihr als Wöchnerin müssen daher die Pflichtleistungen der Familienwochenhilfe gewährt werden. Dazu gehören aber zweifellos nicht die Kosten, die durch die Kunsthilfe des Arztes bei der Geburt entstanden sind. Diese Kosten muß die Wöchnerin selbst tragen. Ausweislich der vorliegenden Zusammenstellung der der F. gewährten Familienwochenhilfe hat die Landkrankenkasse nur die Pflichtleistungen der Familienwochenhilfe gezahlt. Die Kosten für die Kunsthilfe bei der Geburt sind nicht von der Kasse, sondern werden von der F. getragen, wie dies sich auch aus der Bescheinigung des Dr. P. vom 22. 9. 1921 ergibt. Damit hat aber die Kasse gemäß § 205d RVO. Anspruch auf Erstattung der Hälfte der von ihr für die F. aufgewendeten Pflichtleistungen für Familienwochenhilfe.

Nachträgliche Ergänzung eines unter der Geltung des früheren § 359 RVO erlassenen Regulativs für Kassenbeamte.

Bescheid des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 4. November 1921 (III. V. Nr. 1988).

Durch § 359 RVO. und den zur Ausführung dieser Gesetzesvorschrift ergangenen Erlaß vom 18. Februar 1914 sind die Oberversicherungsämter ermächtigt worden, zur Anstellung von Kassenangestellten auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt die Genehmigung zu erteilen und dabei die Anstellung von bestimmten Voraussetzungen, insbesondere auch von der Gewährung angemessener Beträge an Gehalt und Ruhegehalt abhängig zu machen. Dieses Recht der Oberversicherungsämter besteht trotz der Aufhebung des § 359 auch jetzt noch, soweit Kassenangestellte erklärt haben, daß sie die Rechte der gemeindlichen Beamten behalten wollen oder soweit sie aus dem Kassendienste ausgeschieden sind, ohne diese Rechte verloren zu haben. Es ist aber keineswegs unzulässig, ein unter der Herrschaft des § 359 ergangenes Regulativ noch nachträglich zu ergänzen, soweit die den Kassenangestellten seinerzeit zugestandenen und noch nicht verloren gegangenen Rechte es erfordern. Zu den Rechten der gemeindlichen Beamten gehört aber gegenwärtig auch das Recht auf eine angemessene Erhöhung des Gehalts sowie des Ruhegehalts nach Maßgabe des Gesetzes betreffend vorläufige Regelung verschiedener Punkte des Beamten- und Gemeinderechts vom 8. Juli 1920 (GS. 383). Die Krankenkassen werden sich den ihnen hieraus erwachsenen Pflichten ebensowenig wie die Gemeinden entziehen können, zumal da auch das Sperrgesetz vom 21. Dezember 1920 gegenüber den Krankenkassen als öffentlichen Körperschaften hinsichtlich der Bemessung der Gehälter und der Pensionen und Hinterbliebenenbezüge ihrer Angestellten zur Anwendung kommt.

Ich ersuche, hiernach die Ruhegehaltsverhältnisse des früheren Geschäftsführers der Allgemeinen Ortskrankenkasse T. einer Prüfung zu unterziehen und nach Anhörung des Kassenvorstandes das Regulativ zu ergänzen, und zwar in Gemäßheit des § 1 Abs. 3 des Gesetzes vom 8. Juli 1920, wonach die Bezüge der Ruhegehaltsempfänger nach den für unmittelbare Staatsbeamte maßgebenden Gesichtspunkten unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse festzusetzen sind. Ob der Kassenvorstand den Kassenausschuß anhören will, kann ihm überlassen bleiben. Gesetzlich vorgeschrieben ist seine Anhörung im vorliegenden Falle ebensowenig, als sie es seinerzeit bei Anstellung des Geschäftsführers der Krankenkasse mit Anrecht auf Ruhegehalt nach § 359 Abs. 1 RVO. war.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des RArbMin. über den Jahresarbeitsverdienst der in der Kauffahrteiflotte usw. beschäftigten nach dem 4. Buch der RVO. Versicherungspflichtigen.

Vom 29. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 4).

Auf Grund des § 1245 Abs. 2 der RVO. in der Fassung des Gesetzes über die anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 984) wird folgendes bestimmt:

§ 1. — Für die Zugehörigkeit zu den Lohnklassen gilt als Jahresarbeitsverdienst:

für Jungmänner, Halbmänner, Jungen, Kochjungen und Meßraumjungen in der Kauffahrteiflotte, auf Kabeldampfern und auf Schulschiffen sowie für Jungmänner (Jüngste), Halbmänner (Reepschießer) und Jungen (Abholer) in der Hochseefischereiflotte ein Betrag von mehr als 7000 bis 9000 Mark,

für Leichtmatrosen, Meßraumaufwärter, Aufwäscher, Aufwäscherinnen und Köchinnen in der Kauffahrteiflotte, auf Kabeldampfern und Schulschiffen sowie für Leichtmatrosen (Älteste) in der Hochseefischereiflotte ein Betrag von mehr als 9000 bis 12 000 Mark,

für Kohlenzieher (Trimmer), Kochmaate, Kochvolontäre, Aufwärter bis zum dritten Dienstjahr, Aufwärterinnen, Barbiere, Friseure, Friseusen, Konditoren, Konditorgehilfen, Bäcker, Schlächter, Silberputzer und Kupferputzer in der Kauffahrteiflotte sowie für Aufwärter auf Kabeldampfern, auf Schulschiffen und in der Hochseefischereiflotte ein Betrag von mehr als 12 000 bis 15 000 Mark,

im übrigen ein Betrag von mehr als 15 000 M.

§ 2. — Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 1921 ab in Kraft.

Nachzahlung der Beihilfe für Rentenempfänger nach § 3 Ges. v. 26. 12. 20 (Arb. Vers. 1921 S. 53).

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Juni 1921 (II 4131).

Nach § 3 des Gesetzes vom 26. 12. 20*) und 7. 4. 21 wird die Beihilfe nicht länger als drei Monate rückwärts gewährt. Als Tag, von dem aus diese Frist zu berechnen ist, kann nicht der Auszahlungstag maßgebend sein. Es wäre eine unbillige, dem Sinne des Gesetzes nicht entsprechende Härte, die oft rein zufällige Dauer oder Verzögerung des Feststellungsverfahrens darüber entscheiden zu lassen, ob ein Rentenempfänger die ihm an sich zustehende Beihilfe unverkürzt erhält oder nicht (vgl. Entsch. 2550, Amtl. Nachr. des RVA. 1919 S. 428). Entscheidend muß vielmehr der Tag sein, an welchem der Berechtigte seinen Anspruch auf Beihilfe geltend gemacht hat. Dies ist bei Rentenempfängern, deren Rente vor dem 1. Januar 1921 festgestellt worden ist — dem Tage, von dem an überhaupt erst Beihilfen gewährt werden —, der Tag, an dem sie die Auszahlung der Beihilfe verlangen. Bei denen, deren Rente erst nach dem 1. Januar 1921 festgesetzt worden ist, wird zunächst angenommen werden müssen, daß sie, auch wenn sie nicht zugleich den Antrag auf Beihilfe gestellt haben, mit ihrem Antrag auf Rentenfeststellung die Feststellung sämtlicher, ihnen aus dem Versicherungsverhältnis zustehenden Leistungen, also auch der Beihilfe, herbeiführen wollten. Diese Annahme wird hinfällig, wenn der Berechtigte nach Feststellung der Rente bei oder alsbald nach ihrer ersten Auszahlung es unterläßt, auch die Auszahlung der etwa nicht gezahlten oder verweigerten Beihilfe zu verlangen. Dann ist erst der Tag maßgebend, an dem die Zahlung der Beihilfe ausdrücklich verlangt wird.

Bei der Berechnung der hiernach zu zahlenden Beihilfe ist zu beachten, daß die Beihilfe nur für volle Kalendermonate zu gewähren ist. Fällt also der dem Tage der Geltendmachung des Anspruchs um drei Monate voraufgehende, seiner Zahl nach ihm entsprechende Kalendertag (vgl. § 125 RVO.) nicht gerade auf den ersten Tag, sondern in den weiteren Lauf eines Kalendermonats, so kann für diesen Monat die Beihilfe nicht mehr gewährt werden.

*) ArbVers. 1921 S. 53, 254.

D. Zur Militärversorgung.

Leistenbruch als Dienstbeschädigung.

Rek. Entsch. des **Reichsversorgungsgerichts** vom 1. April 1921 (Entsch. Bd. 2 S. 11).

Der Erfolg des Rekurses des Beklagten hing davon ab, ob das Bruchleiden des Klägers als Dienstbeschädigung im Sinne des Mannschaftsversorgungsgesetzes anzuerkennen ist. Nach § 3 Abs. 1 dieses Gesetzes gelten als Dienstbeschädigungen Gesundheitsstörungen, welche infolge einer Dienstverrichtung oder durch einen Unfall während der Ausübung des Dienstes eingetreten oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse verursacht oder verschlimmert sind. Diese Erläuterung des Begriffes Dienstbeschädigung ist im großen und ganzen in das Reichsversorgungsgesetz übernommen. Nach § 2 Abs. 1 a. a. O. ist unter Dienstbeschädigung die gesundheitsschädigende Einwirkung zu verstehen, die durch militärische Dienstverrichtungen oder durch einen während der Ausübung des Militärdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist. Der Kläger führt die ungünstige Entwicklung seines

Bruchleidens seit seiner Einstellung in den Militärdienst auf jede der drei Verursachungsgruppen einer Dienstbeschädigung zurück. Der in der Anlage vorhandene doppelseitige Leistenbruch soll zunächst infolge der Tätigkeit als Fagottbläser, also einer Gesamtheit gleichartiger Dienstverrichtungen bemerkbar geworden, dann durch die ungewohnte infanteristische Ausbildung, also eine Reihe anstrengender einzelner dienstlicher Verrichtungen verschlimmert worden und zum Austritt gekommen sein, schließlich soll ein Unfall während der Ausübung des Dienstes eine weitere Verschlimmerung gebracht und der gesamte militärische Dienst in seiner Eigenart ungünstig eingewirkt haben. Der vorliegende Fall eignete sich somit in hohem Grade für die allgemeine Prüfung der Frage, unter welchen Umständen Unterleibsbrüche als Dienstbeschädigungen im Sinne der Militärversorgungsgesetze zu gelten haben. Eine solche Prüfung erschien deshalb wünschenswert, weil eine große Zahl Bruchfälle im Anschluß an den Krieg Anlaß zur Einleitung von Rentenverfahren gegeben hat. Sie war aber auch notwendig, weil in Rechtsprechung und Schrifttum wesentliche Zweifel darüber bestehen, ob die Grundsätze, die das Reichsversicherungsamt auf dem nahe verwandten Gebiete der Unfallversicherung hinsichtlich der Anerkennung eines Bruchs als Betriebsunfall aufgestellt hat, unverändert auf das Gebiet der Militärversorgung auszudehnen sind, oder ob hier besondere tatsächliche oder rechtliche Verhältnisse vorliegen, welche einen anderen Standpunkt für die Anerkennung eines Bruchleidens als Dienstbeschädigung rechtfertigen (zu vgl. Huber, Leistenbruch als Dienstbeschädigung im Sinne der Militärversorgungsgesetze, Monatsschr. für Arb.- und AngestVers. 1921 S. 176 ff.). Im Schrifttum hat Regierungsrat Freiherr von Aufseß die Ansicht vertreten, daß nach dem „klaren Wortlaut" des § 3 des MVG. der Leistenbruch, auch der gelegentlich des Dienstes ausgetretene, im weitesten Umfang als Dienstbeschädigung anzuerkennen sei, und daß das Reichsversicherungsamt seine Auffassung einer Nachprüfung unterziehen müsse (zu vgl. Monatsschr. 1919 Sp. 543). Er sieht den wesentlichen Unterschied auf beiden Gebieten darin, daß die Militärversorgungsgesetze im Gegensatz zur Reichsversicherungsordnung eine genaue Begriffsbestimmung der den Rentenanspruch begründenden Gesundheitsschädigung geben und dadurch die Rechtsfindung erleichtern. Zutreffend hat Gerichtsassessor Fricke in derselben Monatsschrift (1920 Sp. 203) Aufseß entgegengehalten, daß die Gesetzeslage in den Versorgungsgesetzen und in der Reichsversicherungsordnung erhebliche Verschiedenheiten zeigt. Die Rechtsprechung der Militärversorgungsgerichte ist im allgemeinen den Grundsätzen des Reichsversicherungsamts über die Beurteilung von Brüchen als Betriebsunfall gefolgt. Sie scheint sich dabei auf die vom Beklagten angeführte Ziff. 98 der Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit vom 9. Februar 1909 zu stützen, welche in einer besonderen Anmerkung die vom Reichsversicherungsamt aufgestellte Rechtsvermutung, daß sich ein Unterleibsbruch fast ausnahmslos aus angeborener Anlage ohne äußeres Zutun unter der gewöhnlichen Einwirkung der Bauchpresse entwickele, als Leitsatz aufgenommen hat. Sie will eine Dienstbeschädigung nur dann annehmen, wenn durch besonders schwere Gewalteinwirkungen nachweisbare Verletzungen der Umgebung des Bruches stattgefunden haben (Gewaltbrüche), oder wenn erwiesen ist, daß das erstmalige Eintreten von Baucheingeweideteilen in den Leistenkanal zeitlich zusammenfällt mit einer bestimmten dienstlichen Einwirkung, welche an sich geeignet ist, durch ungewöhnliche Wirkung der Bauchpresse den Eintritt zu begünstigen. Dabei haben aber die Spruchgerichte nicht genügend berücksichtigt, daß von der früheren Militärverwaltung eine verhältnismäßig große Anzahl von Bruchfällen als Dienstbeschädigung anerkannt und von maßgebender militärärztlicher Stelle, insbesondere dem wissenschaftlichen Senat der Kaiser-Wilhelms-Akademie, mehrfach darauf hingewiesen worden ist, daß der Standpunkt der Militärversorgungsgesetzgebung dem Bruchleidenden günstiger als der der Unfallgesetze ist (zu vgl. Paalzow, Invalidenversorgung und Begutachtung, Berlin 1906, S. 136, 143). Auch die Tatsache machte eine allgemeine Untersuchung der Frage durch das Reichsversorgungsgericht notwendig. Der Senat hat deshalb ein Gutachten von Obergeneralarzt Dr. P. erstatten lassen, der sich bereits wissenschaftlich eingehend mit der Frage der Dienstbeschädigung beschäftigt hatte und als erfahrener Militärarzt besonders geeignet war, die einschlagenden militärischen Gesichtspunkte angemessen zu berücksichtigen. Dem Ersuchen des Senates entsprechend hat der Gutachter nur erörtert, wieweit ein Leistenbruch Gegenstand der Militärversorgung sein kann. Andere Bruchformen werden aber im großen und ganzen ebenso zu beurteilen sein.

Das Reichsversorgungsgericht unterscheidet mit Dr. P. bei den Leistenbrüchen:

1. den Rißbruch (Verletzungsbruch, hernie de violence), der sich mit dem Gewaltbruch im Sinne der Ziff. 98 der Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit deckt; er entsteht durch schwere Gewalteinwirkung von außen (Überfahren, Hufschlag). Diese Fälle liegen klar und bedürfen keiner Erörterung.

2. den Preßbruch, der unter dem Einfluß einer von innen wirkenden Gewalt, und zwar einer außergewöhnlichen Anstrengung der Bauchpresse zustande kommt. Hierzu gehören einerseits die eigentlichen Unfallbrüche (hernie de force), die sich infolge plötzlicher Überanstrengung der Bauchpresse bilden oder ruckweise verschlimmern. Anderseits werden aber auch diejenigen Leistenbrüche zu dieser Gruppe zu rechnen sein, die sich unter der Einwirkung einer

wiederholten oder länger andauernden Überanstrengung der Bauchpresse allmählich entwickeln;

3. den Senkbruch (hernie de faiblesse), den Regelfall der Bruchbildung, der ohne jede Gewalteinwirkung unter dem gewöhnlichen Druck („Minierarbeit") der Bauchpresse allmählich zum Austritt führt (zu vgl. Thiem, Handb. der Unfallerkrankung, 2. Aufl. Bd. 2 S. 309) . . .

In den weiteren Ausführungen werden dann sehr eingehend die Grundsätze für die Beurteilung von Leistenbrüchen erörtert. Sie sind (in der Überschrift) dahin zusammengefaßt:

1. Soweit der Austritt eines Leistenbruchs auf einen Unfall zurückgeführt wird, kommen die vom Reichsversicherungsamt aufgestellten Grundsätze über die Ursächlichkeit bei Leistenbrüchen unverändert zur Anwendung.

2. Dienstbeschädigung ist auch anzuerkennen, wenn ein Bruch unter dem Einfluß dienstlicher Verrichtungen allmählich entstanden oder verschlimmert worden ist.

Im Einzelfall ist zu beachten:

a) Der Umstand, daß ein Leistenbruch während einer dienstlichen Tätigkeit ausgetreten ist, die geeignet ist, die Bauchpresse erhöht in Anspruch zu nehmen, rechtfertigt nicht schon die Vermutung, daß der Bruch durch diese Tätigkeit herbeigeführt ist.

b) Vielmehr kann ein solcher Zusammenhang nur angenommen werden, wenn die Bruchbildung auf eine zeitlich hinlänglich genau bestimmte dienstliche Einwirkung zurückgeführt wird, die mit einer erheblich vermehrten Anspannung der Bauchpresse verbunden war, und nachweisbar im Anschluß daran wesentliche Beschwerden bemerkbar geworden sind.

. . . Bei der Anwendung der dargelegten Grundsätze auf den vorliegenden Fall war davon auszugehen, daß das doppelseitige Bruchleiden des Klägers in seinen Anfängen über die Einstellung in den Heeresdienst im Herbst 1916 zurückreicht. Seine Behauptung, er sei vor vielen Jahren zufällig auf den bestehenden Bruchansatz aufmerksam gemacht worden, mag zutreffen. Weniger glaubhaft ist aber, daß er mehrere Jahre vor der Einstellung nur deshalb ein Bruchband getragen habe, um die Entstehung von Brüchen zu verhüten. Der Senat ist vielmehr mit seinem Gutachter der Überzeugung, daß bei dem Kläger vor der Einstellung zum mindestens schon ein unvollkommener Leistenbruch auf beiden Seiten bestanden hat. Die Vermutung des Dr. P. ist auch nicht von der Hand zu weisen, daß der Kläger deswegen bei seiner ersten Einstellung nach der Mobilmachung, wo noch Überfluß an Leuten war, alsbald wieder entlassen wurde. Da sich aber in dieser Hinsicht nichts hat ermitteln lassen, hat der Senat zugunsten des Klägers angenommen, daß die Erscheinungen des Bruchleidens, vielleicht unter der Einwirkung des Bruchbandes, zurückgegangen sind, und daß er bei seiner Wiedereinziehung im Jahre 1916 beschwerdefrei gewesen ist. In diesem Zustand ist im Laufe der Dienstzeit eine wesentliche Veränderung eingetreten. Am 24. März 1917 ist in der Mannschaftsuntersuchungsliste rechts ein Leistenbruch von Walnußgröße, links ein hühnereigroßer festgestellt, am 25. Oktober 1918 bei der Entlassung aus dem Lazarett zeigt der Bruch rechts halbe Hühnerei-, links Gänseeigröße, am 31. Januar 1919, also 3 Monate später, ist der Bruch links kinderfaust-, rechts taubeneigroß, er hat also wieder ungefähr den Umfang wie bei der ersten Untersuchung erreicht. Es fragt sich, ob und wieweit diese Veränderungen auf dienstliche Einflüsse zurückzuführen sind. Der Kläger macht zunächst seine Tätigkeit als Fagottbläser dafür verantwortlich, daß die Brüche mehr hervorgetreten sind. In dieser Hinsicht ist der Senat seinem Gutachter darin beigetreten, daß dieser Dienst wahrscheinlich keinen wesentlichen Einfluß ausgeübt hat. Dabei konnte dahingestellt bleiben, ob der Kläger seit Jahren das Instrument nicht mehr geblasen hatte, wie er behauptet, und ob das Blasen des Fagottes überhaupt geeignet ist, die Bauchpresse zu überanstrengen. Ausschlaggebend war, daß der Kläger nach der Auskunft der zuständigen Dienststellen in dieser Zeit niemals Beschwerden geäußert, insbesondere sich nie krank gemeldet oder ein Bruchband verlangt hat. Bei dieser Sachlage kommt die Anerkennung einer Dienstbeschädigung durch die Einwirkung des Fagottblasens nicht in Frage. Dagegen hält der Senat für wahrscheinlich, daß der Infanteriedienst und besonders die Ausbildung im Nahkampf beim Rekrutendepot, eine allmähliche Verschlimmerung des Leidens bis zum Austreten der Brüche herbeigeführt haben. Die Ausbildung im Infanteriefelddienst und Gefecht bei vollem Gepäck (beispielsweise das mit dem Vorgehen in Sprüngen verbundene rasche Hinlegen und Aufstehen) erscheinen geeignet — zumal bei einem älteren, ungeübten Manne —, die Bauchpresse erhöht in Anspruch zu nehmen. Das gilt auch besonders für die Übungen im Eingraben zum Nahkampf, mit denen ein anstrengendes Ausheben von Erdmassen in gebückter oder liegender Lage verbunden ist. Ausweislich der Auskunft der Kompagnie und der Mannschaftsuntersuchungsliste ist in jener Zeit ein doppelseitiger vollkommener Bruch festgestellt, im Rekrutendepot ist der Kläger wegen eines linksseitigen Leistenbruchs behandelt und von Marschübungen befreit worden. Somit sind nach Ansicht des Senats die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Dienstbeschädigung wegen allmählicher Verschlimmerung des Bruchleidens durch die wiederholte und länger andauernde Einwirkung dienstlicher Verrichtungen gegeben. Ob die Tätigkeit des Klägers im Felde eine weitere Verschlimmerung herbeigeführt hat, hat sich nicht feststellen lassen. Daß der Kläger beim Beladen eines Eisenbahnwagens während des Rückzugs im Herbst 1918 vom Wagen herabgefallen ist, erscheint glaubhaft. Auch soll nicht verkannt werden, daß dadurch eine plötzliche Über-

anstrengung der Bauchpresse bedingt und erhebliche Beschwerden in den Brüchen hervorgerufen sein können. Dafür spricht der Krankenzettel, der als Krankheit linksseitigen Leistenbruch angibt und den Zusatz macht: z. Operat., was nicht anders verstanden werden kann, als daß der Arzt eine alsbaldige Bruchoperation für notwendig gehalten hat. Immerhin scheinen die Zweifel des Dr. P. nicht unberechtigt, daß es sich kaum um eine ruckweise Vergrößerung gehandelt haben kann mit gleichzeitiger Verletzung des Bruches selbst, wie Professor Dr. Bier sie fordert. Indessen kommt es darauf nicht weiter an, da eine Vergrößerung des Bruches nicht ohne weiteres eine Verschlimmerung bedeutet, und die Vergrößerung jedenfalls keine dauernde geblieben ist. Vielmehr ist nach den vorstehenden Feststellungen noch vor der Entlassung aus dem Militärdienst der Zustand, wie er in der Mannschaftsuntersuchungsliste vom 24. März 1917 verzeichnet ist, ungefähr wiederhergestellt gewesen, und nach dem Gutachten des Vertrauensarztes des Militärversorgungsgerichts scheint eine weitere Verkleinerung eingetreten zu sein. Immerhin besteht eine Dienstbeschädigung in Gestalt einer allmählichen Verschlimmerung durch eine hinreichend auch zeitlich bestimmte dienstliche Einwirkung (die Ausbildung im Infanteriedienst und besonders den Ausbildungslehrgang im infanteristischen Nahkampf), und der Kläger ist durch sie in seiner Tätigkeit als Schlosser und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wesentlich beeinträchtigt. Dr. P. schätzt den Grad der durch die Leistenbrüche bedingten Erwerbsunfähigkeit auf 20 v. H. Soweit ist die dem Kläger vom Militärversorgungsgericht für den Leistenbruch in Verbindung mit dem als Kriegsdienstbeschädigung anerkannten Herzleiden zuerkannte Rente von 20 v. H. jedenfalls nicht zu hoch bemessen. Der Rekurs des Beklagten war deshalb zurückzuweisen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Über das Versorgungstaschengeld

stellen wir auf Grund verschiedener Erlasse des Reichsarbeitsministers folgendes zusammen:

I. Bedürftigkeit als Voraussetzung. — Das Taschengeld nach Nr. 43—45 der Leitsätze soll allgemein und unabhängig von der Frage der Einkommensminderung gewährt werden; es ist auch neben dem Hausgeld und der Versorgungsunterstützung der Leitsätze zahlbar. Die Gewährung hat aber in jedem Falle zur Voraussetzung, daß sie vom Beschädigten schriftlich oder mündlich beantragt wird.

Da das Taschengeld nach § 13 Abs. 3 RVG. in Verbindung mit Nr. 6 der Ausführungsbestimmungen zu diesem Paragraphen eine Unterstützung darstellt, ist seine Bewilligung da, wo die Zahlung durch die Krankenkasse nur für Rechnung des Reichs erfolgt (Nr. 44,4 und 45 der Leitsätze), an das Vorliegen von Bedürftigkeit geknüpft. Eine Bedürftigkeit im Sinne des § 13 Abs. 3 RVG. kann aber in der heutigen Zeit meistens bei den das Taschengeld beantragenden Beschädigten, die sich in Heilanstaltspflege befinden, als vorliegend angenommen werden. Eine besondere Nachprüfung der Anträge in bezug auf Bedürftigkeit wird daher nur in den Fällen erforderlich sein, in denen offensichtlich eine Notlage nicht vorliegt.

II. Bemessung und vorschußweise Zahlung. — Mit Wirkung vom 1. 12. 1921 wird das Taschengeld für Versorgungskranke auf 15 v. H. des Grundlohns festgesetzt mit der Erweiterung, daß es mindestens drei Mark für den Tag betragen soll. Soweit die Krankenkassen satzungsgemäß ein niedrigeres oder überhaupt kein Taschengeld gewähren, können sie den Unterschiedsbetrag oder den Gesamtbetrag dem Reiche in Rechnung stellen. Alle übrigen Vorschriften über das Taschengeld (Nr. 43—45 der Leitsätze) bleiben in Kraft.

Die beteiligten Stellen haben dafür Sorge zu tragen, daß das erhöhte Taschengeld mit möglichster Beschleunigung ausgezahlt wird. Soweit in Einzelfällen eine größere Stockung in der Zahlung eintreten sollte, können die Versorgungskrankenhäuser und Versorgungskuranstalten im Sinne des Erlasses vom 20. 7. 1921 (RVBl. S. 435 Nr. 847) bis längstens 1. 2. 1922 entsprechende Vorschüsse auf das Taschengeld zahlen. Von da ab muß die Zahlung durch die Krankenkassen sichergestellt sein.

III. Nachzahlung. — Soweit Beschädigte in der Zeit zwischen dem 1. 4. 20 und 31. 12. 21 während einer von den Versorgungsbehörden oder Krankenkassen durchgeführten Anstaltspflege (Badekur) aus irgendwelchen Gründen kein Taschengeld erhalten haben, obwohl es nach den Vorschriften in Nr. 43—45 und 65 der Leitsätze hätte gewährt werden können, ist nichts dagegen einzuwenden, daß ihnen der nach den jeweils geltenden Bestimmungen zahlbar gewesene Betrag auf Antrag nachgezahlt wird. Für die Zeit nach dem 31. 12. 21 kann eine Nachzahlung nur noch in den Sonderfällen in Betracht kommen, in denen sich die Prüfung des rechtzeitig gestellten Antrages auf Gewährung des Taschengeldes ohne Verschulden des Beschädigten ausnahmsweise derart verzögert hat, daß die Auszahlung vor Beendigung der Anstaltspflege nicht möglich war. Wer also künftig das Taschengeld erst nach Abschluß der Anstaltspflege erstmalig beantragt, kann mit einer nachträglichen Zubilligung nicht mehr rechnen.

Zur Versicherungspflicht von Büroangestellten.

(Aus einem Bescheide des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte — „AngestVers." 1921 S. 228.)

Nach § 1226 RVO. sind Büroangestellte, die einen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2000 M. haben, nur dann versicherungsfrei, wenn sie als Angestellte in gehobener Stellung anzusehen sind. Dies ist nach Ziff. 43 der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität versicherten Personen bei den „Beamten mittlerer Stufe", z. B. Expedienten, Registratoren, Kalkulatoren, Kassenbeamten, Kirchenrechnern, Postagenten, Sekretären usw., der Fall. Soweit Büroangestellte hiernach

nicht als gehobene Angestellte angesehen werden können, sind sie nach § 1226 Nr. 1 RVO. ohne Rücksicht auf ihren Jahresarbeitsverdienst versicherungspflichtig.

Dagegen sind nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte nicht nur diejenigen Büroangestellten versicherungspflichtig, die als Angestellte in gehobener Stellung anzusehen sind, sondern darüber hinaus alle diejenigen, die nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden. Hieraus folgt, daß in der Tat diejenigen Büroangestellten, die nicht als gehobene Angestellte anzusehen sind, sowohl invaliden- als auch angestelltenversicherungspflichtig sind. Dieser Zustand scheint bisher zu Klagen keinen Anlaß gegeben zu haben, sei es, daß die Geringfügigkeit der früheren Beiträge zur Invalidenversicherung die Doppelversicherung nicht empfindlich werden ließ, sei es, daß der geschilderte Rechtszustand bisher nicht allgemein bekannt war. Bei der heutigen Höhe der Beiträge zur Invalidenversicherung kann es keinem Zweifel unterliegen, daß eine Doppelversicherung für die Beteiligten unerträglich ist. In diesem Sinne haben wir auch an den Herrn Reichsarbeitsminister berichtet.

Zu vgl. ArbVers. 1921 S. 298 und 617 („Mitteilungen", wo es in der fünften Zeile statt „übersteigt" selbstverständlich heißen muß „nicht übersteigt").

Unfall infolge von Neugierde und Spielerei — kein Betriebsunfall.

Die „Berufsgenossenschaft" Jahrg. 1921 S. 182, 183 veröffentlicht die von uns im Jahrg. 1921 S. 511 mitgeteilte und mit einer Anmerkung S. 512 versehene Rekursentscheidung und fügt hinzu:

Die „Arbeiter-Versorgung" bringt die obige Entscheidung mit einer kritischen Randbemerkung der Schriftleitung, die die Entscheidung „hart und unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht unbedenklich" findet. Sie hat offenbar den Sachverhalt nicht vollständig gekannt, wonach der im dritten Lehrjahr stehende Lehrling eine Patrone in den gefundenen Apparat eingeschaltet und dann durch Drehen der Kurbel zur Explosion gebracht hat. Aus den Gründen des RVA. geht dieser Tatbestand nicht vollständig hervor, weil das RVA. für die Einzelheiten öfter den Tatbestand des Vorderurteils oder die Angaben der Akten voraussetzt. Wenn man eine derartige sträfliche Spielerei eines 17jährigen Lehrlings als Wißbegierde in Schutz nehmen wollte, so wären die Folgen für die Unfallverhütung und die Betriebsdisziplin wenig erfreulich." —

Wir haben das Urteil so veröffentlicht, wie es uns zugegangen war, und es ist selbstverständlich, daß wir, wenn wir den aus der Begründung nicht ersichtlichen Sachverhalt, so wie er vorstehend dargestellt ist, gekannt hätten, den Fall nicht anders beurteilt haben würden als das Reichsversicherungsamt.

Für Aufrechterhaltung der deutschen Sozialgesetzgebung in Elsaß-Lothringen

treten nach einer Mitteilung der „Deutschen Allgemeinen Zeitung" vom 13. 1. 22 (Nr. 21) die Industriellen Elsaß-Lothringens ein. Sie haben, nachdem die französische Regierung die Absicht geäußert hat, in Elsaß-Lothringen eine Sozialgesetzgebung einzuführen, die von der durch das Deutsche Reich dort eingeführten in wesentlichen Stücken abweicht, in ihrer Gesamtheit eine Adresse an die zuständige Kommission der französischen Kammer gerichtet, in der sie diese auffordern, dafür Sorge zu tragen, daß die deutsche Sozialgesetzgebung in Elsaß-Lothringen bestehen bleibt.

Eine weitere Änderung des Abkommens zwischen Zahnärzten und Krankenkassen

(zu vgl. Heft 4 S. 60) ist inzwischen hinsichtlich der Sätze des neuen Tarifs (zu vgl. §§ 4, 12 a. a. O.) erfolgt, jedoch **nur für die Zeit v. 1. Januar bis zum 31. März 1922 und mit dem Vorbehalt**, daß, falls die Teuerung in außergewöhnlichem Maße wachsen sollte, die Sätze vor dem 31. März nachgeprüft werden können. Im Hinblick hierauf begnügen wir uns damit, hier kurz die neuen Sätze mitzuteilen und **bitten unsere Leser, hiernach den (im übrigen unveränderten) § 4 im Heft 4 S. 60, 61 zu berichtigen.** Die Sätze betragen in

Tarifnummer	Gruppe I M.	Gruppe II M.	Tarifnummer	Gruppe I M.	Gruppe II M.
1a	6	5	5d	9	9
1b	12	10	6 (erste Sitzung)	15	12
2	8	7	(folgende)	9	8
3a	9	9	7a	75	65
3b	16	16	7b	50	45
4	8	7	7c	9	8
5a	38	32	7d	9	8
5b	45	40	8	15	12
5c	16	15	9	30	30

Weitere Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Dentisten

(zu vgl. 1921 S. 674 und 1922 Heft 4 S. 62) sind **gleichfalls nur für die Zeit vom 1. Jan. bis 31. März 1922 getroffen.** Wir bitten, auch diese Änderungen an der zutreffenden Stelle nachzutragen.

Tarifnummer	Gruppe I M.	Gruppe II M.	Tarifnummer	Gruppe I M.	Gruppe II M.
1a	4	3	7	5	4,50
1b	8	6	8	15	15
2	5	4	9	15	15
3a	4	3	10a	11	11
3b	7	7	10b	18	16
3c	14	14	11 (1 Kiefer)	5	4
4	21	17	(2 Kiefer)	9	7
5	7	6	12	3,50	3
6	5	4	13	3,50	3

Ein Reichsgesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und der Angestelltenversicherung

vom 7. 12 21 (RGBl. S. 1533) ist mit Wirkung vom 1. 10. 21 in Kraft getreten. Es verpflichtet die Gemeinden, deutschen Empfängern von Renten aus der Invalidenversicherung und der Angestelltenversicherung auf Antrag eine Unterstützung nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu gewähren (§ 1). Die Unterstützung ist in der Invalidenversicherung so zu bemessen, daß das Gesamtjahreseinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente 3000 M., einer Witwen- oder Witwerrente 2000 M., einer Waisenrente 1200 M. erreicht. Entsprechende Unterstützungen sind an Empfänger von Ruhegeld

oder Hinterbliebenenrente aus der Angestelltenversicherung zu gewähren, an Witwen jedoch nur, wenn sie invalide im Sinne der Invalidenversicherung sind. Für Kinder und elternlose Enkel unter 15 Jahren sind unter näheren Voraussetzungen Zulagen vorgesehen (§ 2). Der Antrag ist an die Gemeinde des Wohnortes des Rentenempfängers zu richten; über Beschwerden entscheidet endgültig die Aufsichtsbehörde (§ 3). Zahlung erfolgt monatlich oder wöchentlich im voraus (§ 4). Für Anstaltsinsassen kann die Anstalt Pflegezuschüsse bis zwei Drittel der Gesamtbezüge des Rentenempfängers beanspruchen (§ 5). Die Gemeinden können die den Unterstützungsberechtigten gegen Dritte zustehenden Unterhaltsansprüche verfolgen (§ 6). Das Reich ersetzt den Gemeinden 80 v. H. der von ihnen verauslagten Unterstützungsbeträge (§ 7). Die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats, evtl. die obersten Landesbehörden mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers können nähere Vorschriften zur Durchführung des Gesetzes erlassen. Sie kann auch mit Zustimmung des Reichsrats bestimmen, daß statt der Gemeinden andere Stellen mit der Durchführung des Gesetzes betraut werden (§ 8). Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats bestimmen, daß die Vorschriften auf fremde Staatsangehörige, die im Inland ihren Wohnort haben, Anwendung finden. Auch kann der Reichsarbeitsminister oder die von ihm beauftragte Stelle einem Deutschen, der sich im Ausland aufhält, eine entsprechende Zulage zubilligen; die Kosten hierfür trägt das Reich (§ 9). — Eine Ausführungsverordnung ist unterm 24. 12. 21 erlassen.

Zusammenstellung der Ortslöhne.

Die von den Oberversicherungsämtern auf Grund der §§ 149 bis 151 RVO. mit Wirkung vom 1. Januar 1922 festgesetzten Ortslöhne gewöhnlicher Tagearbeiter sind — in der vom Statistischen Reichsamt gefertigten Zusammenstellung nach Oberversicherungsämtern für das ganze Reich — veröffentlicht im „Zentralblatt für das Deutsche Reich“ Nr. 3 vom 20. Januar 1922.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Entbindung während der gemäß § 311 RVO. verlängerten Mitgliedschaft.

1. **Nach Merseburg.** Antwort: Nach § 311 RVO. bleiben Arbeitsunfähige Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat, und haben alle Rechte aus der Mitgliedschaft. Sie erwerben also auch weitere Ansprüche auf Kassenleistungen, wenn ein neuer Versicherungsfall eintritt. Infolgedessen hat auch die aus der Versicherungspflicht ausgeschiedene Wöchnerin Anspruch auf Wochenhilfe, wenn bei der Entbindung noch Arbeitsunfähigkeit bestand und Krankenhilfe zu gewähren war. Vgl. Arb.-Vers. 1920 S. 680 Ziff. 9.

Kosten der Leichenöffnung.

2. **Nach Ulm.** Antwort: Wir wüßten nicht, unter welchen Gesichtspunkten die Krankenkasse zur Tragung der Kosten einer Leichenöffnung, die sie nicht veranlaßt hat, verpflichtet sein sollte. Zu den aus dem Sterbegelde zu bestreitenden Beerdigungskosten gehören die Kosten der Leichenöffnung nicht (zu vgl. Hdb. der UnfVers. 3. Aufl. Bd. I S. 290). Anders verhält es sich unter Umständen mit den Kosten einer Leichen*schau* (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 278 Ziff. 8).

Schüler oder Lehrling oder Gehilfe?

3. **Nach Osnabrück.** Frage: Eine Hufbeschlag-Lehrschmiede beschäftigt Kursisten, die in drei Monaten das Hufbeschlaggewerbe erlernen sollen. Diese Kursisten sind in der Regel 20 bis 30 Jahre alte Schmiedegesellen, die sich als Schmiedemeister selbständig machen und dabei auch das Hufbeschlaggewerbe ausüben wollen. Die Hufbeschlag-Lehrschmiede ist eine auf Erwerbszwecke gerichtete Anstalt, die vom landwirtschaftlichen Verein eingerichtet ist, unter staatlicher Kontrolle steht und von einem Lehrschmiedemeister geleitet wird. Die Kursisten füllen einen Arbeitsposten im Betriebe vollständig aus. Wenn die Kursisten nicht vorhanden wären, müßte der Lehrmeister zur Aufrechterhaltung des Betriebes Hilfskräfte einstellen. Einen Lohn erhalten die Kursisten nicht. Sie werden praktisch und theoretisch im Hufbeschlaggewerbe ausgebildet und haben regelrechte Arbeitsstunden einzuhalten. Sind die Kursisten als Lehrlinge ohne Entgelt krankenversicherungspflichtig, oder sind sie trotz der ausgeübten Tätigkeit als Schüler anzusehen?

Antwort: Wir meinen, daß die Frage, ob die Kursisten Lehrlinge oder Schüler sind, falsch gestellt ist. Sie sind weder das eine noch das andere. Als Schüler sind sie nicht anzusehen, weil die Art, wie sie unterwiesen werden, nichts Schulmäßiges hat, insbesondere die Unterweisung nicht nach einem bestimmten Plane durch Personen erfolgt, die man als „Lehrer“ im üblichen Sinne ansehen könnte (zu vgl. über die Merkmale schulmäßiger Ausbildung: Entsch. des RVA. in ArbVers. 1918 S. 652). Vielmehr erfolgt die Unterweisung, auch soweit sie theoretischen Charakter hat, in engem Zusammenhange mit der praktischen Betätigung in einem Betriebe, in welchem die Kursisten, nach Angabe der Anfrage, einen Arbeitsposten ausfüllen. Anderseits sind sie aber auch nicht als Lehrlinge anzusehen. Denn als ältere Schmiede*gesellen* sind sie bereits für einen bestimmten Beruf vorbereitet und sollen sich durch den dreimonatigen Kursus nur ergänzende Kenntnisse in einer besonderen Richtung aneignen (ähnlich wie in dem Falle der Auskunft Jahrg. 1921 S. 319 Ziff. 10). Indem sie hierbei einen Arbeitsposten im Betrieb ausfüllen, betätigen sie sich zugleich als das, was sie auf Grund ihrer vorangegangenen Lehrzeit bereits sind: als *Gesellen oder als Gehilfen.* Da sie für diese Betäti-

gung keinen Entgelt beziehen, sind sie nicht versicherungspflichtig (§ 165 Abs. 1 Ziff. 1 und Abs. 2 RVO.).

Laufende Ansprüche eines Weiterversicherten bemessen sich nach dem Grundlohn zur Zeit der Erkrankung auch nach Wiedereintritt der Versicherungspflicht.

4. **Nach G.** Antwort: Wer infolge des Überschreitens der Verdienstgrenze (§ 165 Abs. 2 RVO.) aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist, sich aber nach § 313 weiterversichert hat, „bleibt" Mitglied der Kasse. Das heißt: die Mitgliedschaft besteht, wenngleich aus einem anderen Rechtsgrunde, unverändert und ununterbrochen fort. Gleiches muß auch gelten, wenn dann der freiwillig Weiterversicherte infolge der Erweiterung der Versicherungsgrenze wiederum versicherungspflichtig wird; denn auch in diesem Falle wird nicht eine neue Mitgliedschaft begründet, sondern nur der Rechtsgrund der bisherigen Mitgliedschaft geändert. Wenn nun der Versicherte während der freiwilligen Mitgliedschaft erkrankt war und Krankengeld nach dem Grundlohn einer niederen Stufe bezog, hat er beim Wiedereintritt in die Versicherungspflicht und in eine höhere Lohnstufe gleichwohl nur Anspruch auf das Krankengeld der niederen Lohnstufe, in die er beim Beginn der Krankheit gehörte. Denn für die Beurteilung schwebender Unterstützungsansprüche bleiben die Verhältnisse zur Zeit des Eintritts des Unterstützungsfalls maßgebend, auch wenn die einzelnen Leistungen erst unter veränderten Verhältnissen fällig werden (zu vgl. Entsch. des RVA. 2342, ArbVers. 1917 S. 585). Die Voraussetzung des § 9 Abs. 2 Gesetz v. 28. 12. 21 ist im vorliegenden Falle nicht gegeben.

Rückforderung einer Rentenzulage aus der Invalidenversicherung im Hinblick auf eine Rente aus dem RVG.

5. **Nach Aue i. E.** Frage: Bezieht ein Elternteil oder Elternpaar nach § 45 des RVG. eine Elternrente neben der Invaliden-, Kranken- oder Altersrente nach der RVO., so werden ihm die Rentenzulagen und Beihilfen nach dem Gesetze v. 20. 5. 20 (RGBl. S. 1091, ArbVers. S. 370) nicht nebenher gewährt. Beginnt nun in manchen Fällen (z. B. bei der Umanerkennung der widerruflichen Zuwendungen auf Elternrente nach dem RVG.) die Elternrente schon vom 1. 4. 20 ab, so entsteht für den Elterninvalidenrentenempfänger eine Härte insofern, daß er die Rentenzulagen, die er auf Grund der bisher ergangenen Erlasse erhalten hat, in einer Summe wieder zurückzahlen muß, wenn er die Nachzahlung auf die ihm zugesprochene Elternrente erhält, ohne Rücksicht darauf, in welcher Notlage er ist. Ist gegen diesen Abzug eine Berufung durch Anrufung des Oberversicherungsamts zulässig? Gegebenenfalls innerhalb welcher Zeit nach Zustellung der Abtretungserklärung gem. § 68 Ziff. 4 des RVG.? Oder kann die volle Invaliden-, Alters- oder Krankenrente nebst ihren Zulagen und Beihilfen auch schon durch besonders begründeten Antrag neben der gesetzlichen Elternrente gewährt werden?

Antwort: § 68 Ziff. 4 RVG. läßt allerdings die Übertragung, Verpfändung und Pfändung des Anspruchs auf Versorgungsgebührnisse zu „wegen eines Anspruchs einer öffentlichen Körperschaft auf Rückzahlung einer nach gesetzlicher Verpflichtung gewährten Leistung" (zu vgl. noch § 69). Zur Abtretung (und ebenso zur Verpfändung) seines Anspruchs aber kann der Berechtigte nicht gezwungen werden. Damit erledigt sich die zweite Ihrer Fragen. Es kann nur die Pfändung des Anspruchs auf die Versorgungsgebührnisse durch die Landesversicherungsanstalt wegen ihres Anspruchs auf Rückzahlung der Zulage in Frage kommen, wenn sich ergibt, daß die Zulage zu Unrecht gezahlt worden ist. Die Pfändung aber setzt einen vollstreckbaren Titel voraus, und diesen müßte sich die Versicherungsanstalt erst im Wege der Klage verschaffen. Statt dieses umständlichen und unter Umständen kostspieligen Weges wird die Landesversicherungsanstalt von ihrem Rechte Gebrauch machen, den Rentenanspruch auf die zu Unrecht gezahlte Zulage gemäß § 1324 RVO. aufzurechnen. Sie kann hiervon nicht schlechthin absehen (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 4 zu § 1324), wird aber das Recht der Aufrechnung schonend, also unter billiger Berücksichtigung der Vermögenslage des Rentners, insbesondere also nur durch Abzug von Teilbeträgen, auszuüben haben. Gegenüber unbilligen Abzügen steht dem Rentenberechtigten die fristlose Aufsichtsbeschwerde bei dem Reichsversicherungsamte zu.

Freiwilliger Beitritt von Volksschullehrern, die nach § 169 RVO. versicherungsfrei sind.

6. **Nach Haspe.** Frage: Können die von der Versicherungspflicht befreiten Volksschullehrer mit einem Jahreseinkommen unter 40 000 M. unter den satzungsmäßigen Bedingungen nach § 176 RVO. der Kasse freiwillig beitreten?

Antwort: Nach dem Sprachgebrauch der RVO. bedeutet „versicherungsfrei" dasselbe wie „nicht versicherungspflichtig" (zu vgl. Entsch. des RVA. 2604 Amtl. Nachr. 1920 S. 431, Arb.-Vers. 1921 S. 90). Danach sind auch Volksschullehrer, die bei einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von nicht mehr als 40 000 M. gemäß § 165 Abs. 1 Ziff. 5 und Abs. 2 an sich versicherungspflichtig sein würden, aber auf Grund des § 169 versicherungsfrei sind, unbedenklich zum freiwilligen Beitritt nach §§ 176, 310 berechtigt, da sie zu den daselbst unter Ziff. 1 bezeichneten „Beschäftigten der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art" gehören (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 176).

Zur Wartezeit für Mehrleistungen nach § 208 in Verbindung mit § 311 RVO.

7. **Nach Berlin.** Antwort: Nach § 311 RVO. bleiben Arbeitsunfähige, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat, „Mitglieder"; das bedeutet, daß sie mit vollen Rechten und Pflichten — vorbehaltlich der Beitragspflicht (§ 383 RVO.) — in der Kasse verbleiben, also auch gegebenenfalls Anspruch auf die Mehrleistungen der Kasse haben. Deshalb wird durch jene verlängerte Mitgliedschaft auch die Voraussetzung des § 208 Satz 2 erfüllt, wonach eine Wartezeit aus Satz 1 a. a. O. nicht gilt für Mitglieder, die beim Eintritt in eine Kasse bereits binnen der letzten 12 Monate für mindestens 6 Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse gehabt haben. Zu vgl. ArbVers. 1921 S. 359 Ziff. 5, auch S. 513 und 692.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1345 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. März 1922 | Heft 7

Die Rückwirkung gesetzlicher Erhöhung von Ansprüchen auf Wochenhilfe im Lichte der Reichsverfassung.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Berlin-Zehlendorf.

Das Gesetz hat die Macht, die zeitlichen Grenzen seiner Wirksamkeit frei zu bestimmen. Es kann sich auch Rückwirkung auf einen in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt beilegen. Fehlt es aber an einer dahin gehenden Vorschrift im Gesetze selbst, so ist davon auszugehen, daß das Gesetz nur diejenigen Tatbestände und Verhältnisse erfassen will, die sich während seiner Geltung verwirklichen, daß also dem Gesetz eine Rückwirkung nicht zukommt, auch nicht eine Rückwirkung in dem engeren (uneigentlichen) Sinne, daß einem bereits früher vollendeten Tatbestande wenigstens von der Geltung des neuen Gesetzes an eine Rechtswirkung zukäme, die er nach dem früheren Gesetze nicht hatte. Es bedarf besonderer Gründe, um die Annahme zu rechtfertigen, daß der Gesetzeswille auf sie gerichtet sei. — Das sind Rechtsgrundsätze, die sich aus dem Wesen und Zwecke des Gesetzes ergeben. Näheres darüber findet man in den Motiven zum Entw. des BGB. Bd. 1, S. 19, 21 ff. Im Sinne dieser Ausführungen spricht auch das Reichsgericht gelegentlich von dem „allgemeinen Grundsatze, daß regelmäßig eine bereits entstandene Rechtspflicht durch ein neues Gesetz nicht geändert wird, daß aber das letztere Platz greift, wenn die Entstehung der Rechtspflicht unter dem früheren Gesetz noch nicht vollendet war" (Entsch. in Zivilſ. 87 S. 208).

Für das Gebiet der Reichsversicherung, insbesondere der Krankenversicherung, beanspruchen diese Rechtsgrundsätze, soweit nicht Abweichungen ausdrücklich vorgesehen sind, in gleicher Weise Bedeutung. Art. 30 Einf. Gesetz. zur RVO. schreibt vor: „Für Versicherungsfälle, in denen beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung die Leistungspflicht der Krankenkasse noch fortdauert, gelten von diesem Tage ab die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, soweit sie für den Berechtigten günstiger sind." Einer solchen Vorschrift hätte es nicht bedurft, wenn der Gesetzgeber nicht von der grundsätzlichen Auffassung ausgegangen wäre, daß die Leistungspflicht der Krankenkasse sich regelmäßig nach dem Gesetze bemißt, unter dessen Herrschaft sie entstanden ist. Es ist eine Ausnahme von diesem Grundsatze, die des im Art. 30 Einf. Ges. enthaltenen ausdrücklichen Ausspruchs bedurfte, daß die dem Berechtigten günstigeren Vorschriften der RVO. auch auf die schon vorher entstandenen, aber beim Inkrafttreten der RVO. noch nicht abgelaufene Leistungspflicht der Kasse vom Tage des Inkrafttretens ab gelten sollen. Und diese Ausnahme gilt nur für die auf der Reichsversicherungsordnung beruhende Rechtsänderung. Das ergibt sich nicht nur aus dem insoweit klaren Wortlaute des Art. 30, sondern auch aus dem Zwecke des EinfGes. überhaupt, der dahin ging, den d a m a l i g e n Übergang vom alten Rechte der Reichs-

versicherung zum Rechte der RVO. zu regeln. Eine Verallgemeinerung der im Art. 30 enthaltenen Ausnahme, also ihre Anwendung auf Fälle späterer Gesetzesänderungen ohne gleichzeitige Aufnahme einer dem Art. 30 entsprechenden Vorschrift, ist daher ausgeschlossen. Dessen sind sich auch die verschiedenen Gesetzgeber, die seit dem Inkrafttreten der RVO. im Deutschen Reiche gewaltet haben, voll bewußt gewesen. Denn sie haben in einer ununterbrochenen Reihe von Verordnungen — sechs an der Zahl —, durch welche die Leistungen der Reichswochenhilfe erhöht wurden, teils durch einen Zusatz zur Bestimmung des Zeitpunktes des Inkrafttretens, teils durch die Fassung der Vorschrift über die Erhöhung der Leistungen selbst, keinen Zweifel darüber gelassen, daß die Erhöhung vom Inkrafttreten der Verordnungen an auch für die Leistungen aus früheren Entbindungsfällen gelten sollte, wenn die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen war. Hierüber kann auf die nähere Ausführung in „Arb.-Vers." 1921 S. 549 (Anmerkung) verwiesen werden. Und der Reichsarbeitsminister, der in seinem Rundschreiben v. 18. 8. 1921 (a. a. O.) eben noch die Aufnahme einer ausdrücklichen Vorschrift dahin, daß die Erhöhung der Beträge an Wochen- und Stillgeld auch auf noch laufende Leistungen aus früheren Entbindungsfällen für nicht notwendig erklärt hatte, hat einen Monat später in einem Schreiben vom 19. 9. 21 („ArbVers." 1921 S. 588b) die Regel anerkannt, daß die Leistungspflicht auf Grund eines Versicherungsfalles nur dann eintritt, wenn der Versicherungsfall in der Zeit nach dem Inkrafttreten der einschlägigen Gesetzesvorschrift liegt. (Daß der Minister diese Regel für die Wochen *fürsorge* nicht gelten lassen will, kommt hier nicht weiter in Betracht; an anderer Stelle — „MonSchr. für Arb. u. AngestVers." 1922 Sp. 33 — bin ich dieser Ansicht entgegengetreten.)

Von der Gepflogenheit, bei einer Erhöhung der Wochenhilfeleistungen ausdrücklich zu bestimmen, daß sie sich vom Tage des Inkrafttretens der Gesetzesänderung ab auch auf die noch nicht abgelaufenen Ansprüche aus früheren Entbindungsfällen beziehen soll, ist erstmalig bei Erlaß des Gesetzes v. 29. 7. 21 (RGBl. S. 1189, „ArbVers." S. 489) abgesehen worden. Aus welchem Grunde, ist nicht ersichtlich. Es kann eine versehentliche Auslassung oder (was im Hinblick auf die bisherige Gepflogenheit unwahrscheinlich ist) eine irrige Auffassung über die Entbehrlichkeit einer solchen Vorschrift oder aber auch bewußte Abweichung von der bisherigen Übung, etwa aus Rücksichten der Sparsamkeit, vorliegen. Gleichviel: jedenfalls bietet das Gesetz selbst nicht den geringsten Anlaß für die Annahme, daß auch im vorliegenden Fall eine Ausnahme von dem anerkannten Regelsatze gewollt sei, daß die Leistungspflicht auf Grund eines Versicherungsfalles nur dann eintritt, wenn der Versicherungsfall in der Zeit nach dem Inkrafttreten der einschlägigen Gesetzesvorschrift liegt. Demgemäß konnte gar nicht anders geurteilt werden, als *Hoffmann* es getan hat, als er sich dahin äußerte: „In Ermangelung einer entsprechenden Vorschrift finden auf die vor dem Tage des Inkrafttretens des Gesetzes eingetretenen Versicherungsfälle noch die alten Vorschriften Anwendung, *da der Unterstützungsanspruch auf dem Gebiete der Krankenversicherung seinem ganzen Umfange nach im Augenblick des Eintritts des Versicherungsfalls erworben wird*" („Ortskrankenkasse" 1921 Sp. 455). Das entspricht in der Tat den hier im Eingange dargelegten Rechtsgrundsätzen, und so ist die Rechtslage bisher auch fast einmütig im Schrifttum und in der Praxis aufgefaßt worden (ArbVers. 1920 S. 549, 550, 1921 S. 10, 21).

Zum andernmal hat man dann von einer Vorschrift über Einwirkung auf frühere Entbindungsfälle abgesehen, als man durch das Gesetz v. 28. 12. 21 (RGBl. 1922 S. 7, Arb. Vers. 1922 S. 41) den Betrag des Stillgelds abermals erhöhte. Das Gesetz enthält lediglich noch die Bestimmung, daß es mit dem Tage der Verkündung — 5. 1. 22 — in Kraft tritt. Es war daher nach dem Inhalte des

Gesetzes keine andere Auffassung als im Falle des vorangegangenen Gesetzes v. 29. 7. 21 angängig, also dahin, daß dem neuen Gesetze eine Einwirkung auf schwebende Fälle nicht zukommt (zu vgl. die Anm. hier S. 46). Nun hat sich aber bei der Beratung dieses neuesten Gesetzes ein seltsamer Vorgang abgespielt. Im Reichstag hat ein Abgeordneter gefragt, ob das neue Gesetz auch auf die Geburtsfälle Anwendung findet, die sich vor dem Inkrafttreten des Gesetzes ereignet haben. Hierauf hat ein Regierungsvertreter erklärt, daß die Regierung diese Frage bejahe; sie habe sich in diesem Sinne schon im Ausschuß ausgesprochen und trage kein Bedenken, von dieser Stelle aus die Erklärung zu wiederholen. Ein Widerspruch hiergegen ist im Reichstag nicht erhoben worden. Im Ausschuß war namens der Regierung bemerkt worden, daß sie „aus formalen Gründen" die Aufnahme einer solchen Vorschrift in das Gesetz nicht wünsche, daß sie aber sachliche Bedenken gegen die Einbeziehung der laufenden Fälle nicht habe.

Eine Zuschrift aus Düsseldorf an die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung" verweist gegenüber der im Heft 3 S. 41 vertretenen Auffassung auf die erwähnten Verhandlungen im Ausschuß und im Reichstag und fügt hinzu: „Die Rechtslage ist daher klar." Das ist sie allerdings — nur freilich in anderem Sinne, als die Zuschrift meint. Die Reichsverfassung nämlich bestimmt, daß die Reichsgesetze zu ihrem Zustandekommen und ihrem Inkrafttreten eines Beschlusses des Reichstags und der Verkündung durch den Reichspräsidenten im Reichsgesetzblatt bedürfen (Art. 68, 70, 71). Das Gesetz v. 28. 12. 21 ist aber ohne eine Klausel über die Rückwirkung beschlossen und verkündet worden. Demgegenüber bedeuten jene Vorgänge bei der Beratung nichts anderes, als daß, im Ausschuß wie demnächst im Reichstag, ein Regierungsvertreter eine irrige Rechtsauffassung, nämlich die Meinung, daß es eines Ausspruchs im Gesetze nicht bedürfe, geäußert hat und daß im Reichstag ein Widerspruch gegen diesen Irrtum nicht kundgegeben worden ist. Ob die Abgeordneten — sämtlich oder wenigstens in ihrer Mehrheit — das Frage- und Antwortspiel zwischen dem einen Abgeordneten und dem Regierungsvertreter überhaupt beachtet und geprüft und welche Stellung sie dazu innerlich eingenommen haben mögen, das läßt sich aus ihrem schweigenden Verhalten nicht erkennen, ist aber auch unerheblich. Denn sicher ist nur, daß sie das einzige, was nottat, nicht getan haben: sie haben den zum Zustandekommen einer gesetzlichen Vorschrift nach der Reichsverfassung erforderlichen Beschluß über die Rückwirkung des Gesetzes nicht gefaßt. Über diesen Mangel kann keine Auslegungskunst hinweghelfen. „Namentlich bei einem wirklich vielköpfigen Gesetzgeber ist das Festhalten an der Erklärungsform regelmäßig der einzige Anhalt dafür, worüber unter den gesetzgebenden Faktoren Einigung erzielt worden ist" (zu vgl. Entsch. des RVA. 1895, Amtl. Nachr. 1914 S. 694, ArbVers. 1914 S. 811, 817). Entsprechend bietet regelmäßig nur ein förmlicher Beschluß des Reichstags eine Gewähr für seine wirkliche Willensmeinung. Deshalb würde es auch unzulässig sein, aus dem Vorgang bei der Beratung etwa folgern zu wollen, der Reichstag habe das Gesetz in der Form, wie es beschlossen worden ist, auch ohne Aufnahme der Rückwirkungsklausel in dem Sinne verstanden, daß die Erhöhung des Stillgeldes auch auf die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes eingetretenen und noch nicht abgelaufenen Fälle zu beziehen sei.

Schließlich ist noch ein Wort zu sagen über die Bemerkung des Regierungsvertreters, daß die Regierung „aus formalen Gründen" die Aufnahme der Rückwirkungsklausel nicht wünsche. Es ist bedauerlich, daß man nicht den Freimut gefunden hat, sich hierüber näher auszusprechen, und man darf sich daher nicht darüber beklagen, wenn nun versucht wird, diese Gründe zu ergründen, und wenn die Prüfung zu dem Ergebnis führt, daß die „formalen" Gründe in Wahrheit taktische waren. Der Reichsarbeitsminister war einer entschiedenen und wohl-

begründeten Ablehnung in Schrifttum und Praxis begegnet, als er die Meinung vertrat, daß dem Gesetze v. 29. 7. 21, obwohl es, abweichend von der bisherigen stetigen Übung, die Rückwirkungsklausel nicht enthielt, dennoch jene Wirkung auf laufende Fälle zukomme. Wäre nun in das neueste Gesetz v. 28. 12. 21 die Klausel wieder aufgenommen worden, so konnte das als eine Anerkennung der von der Opposition vertretenen Meinung gedeutet werden. Wurde dagegen das neue Gesetz ohne die Klausel, jedoch unter Kundgebung der Meinung angenommen, daß die Einwirkung auf laufende Fälle selbstverständlich und deshalb eine Vorschrift darüber entbehrlich sei, so konnte das — mochte man meinen — auch einer entsprechenden Beurteilung der gleichen Rechtsfrage nach dem Gesetze v. 29. 7. 21 den Weg bahnen. — Diese Rechnung erweist sich nach den vorstehenden Ausführungen als gründlich verfehlt. Die Unterhaltung im Reichstage zwischen einem Abgeordneten und einem Regierungsvertreter ist, wie gezeigt, ohne jede Bedeutung für die Beurteilung der Rechtslage nach dem Gesetze v. 28. 12. 21 und kann selbstverständlich noch weniger als eine Art von Deklaration des älteren Gesetzes v. 29. 7. 21, auf das sich die Aussprache im Reichstage gar nicht bezog, gewertet werden.

Die Frage ist aber: Wie glaubt man es verantworten zu können, daß nunmehr durch eine absichtliche Unterlassung in weiten Kreisen von neuem Zweifel und irrige Auffassungen auftauchen, während man die Möglichkeit hatte, durch Aufnahme der früher üblichen Rückwirkungsklausel und durch gleichzeitige, entsprechende authentische Deklaration des älteren Gesetzes die Rechtslage in befriedigendem, erwünschtem Sinne zu klären? Es ist mißlich für den Kritiker, der die Rückwirkung beider in Frage stehenden Gesetze für eine Forderung der Billigkeit hält, nun doch — im Interesse der Wahrhaftigkeit und der Wahrung der Reichsverfassung — feststellen zu müssen, daß diese Forderung in den Gesetzen nicht verwirklicht ist und nicht als geltendes Recht anerkannt werden kann.

Die neue Reichsausführungsbehörde für Unfallversicherung.

Von Obersekretär W. Reißel in Holtenau.

Das Reich war gemäß § 624 RVO. Träger der Unfallversicherung bei den Betrieben der früheren Heeres- und Marineverwaltungen. Ein großer Teil dieser Betriebe ist infolge der Verringerung des Heeres und der Marine auf Zivilverwaltungen des Reichs übergegangen. Das Reich ist aber nach § 2 der Verordnung über Änderung der §§ 537 und 624 RVO. vom 25. Mai 1920 (RGBl. S. 1093, ArbVers. S. 368) Träger der Unfallversicherung für die übergegangenen Betriebe geblieben, und zwar waren gemäß § 892 RVO. als Ausführungsbehörden für die Durchführung der Unfallversicherung für die Betriebe des früheren Heeres die Intendantur der militärischen Institute in Berlin, die Intendantur des XII. Armeekorps in Dresden, die Intendantur der militärischen Institute in München und die Intendantur des XIII. Armeekorps in Stuttgart, ferner für die Betriebe der früheren Marine die Werften in Wilhelmshaven, Kiel und Danzig bestimmt worden.

Diese Ausführungsbehörden sind mit der alten Wehrmacht aufgelöst worden. Deshalb und wegen des Übergangs vieler Betriebe auf Zivilverwaltungen des Reichs, müssen neue Ausführungsbehörden bestimmt werden. Wollte man sie innerhalb der einzelnen Reichsverwaltungen bestimmen, so würde an die Stelle der bisher nur kleinen Zahl eine Vielzahl von Ausführungsbehörden treten. Möglichste Zusammenfassung der Geschäfte der Unfallversicherung bei wenigen Stellen hat sich aber schon innerhalb der alten Wehrmacht als zweckmäßig erwiesen. Es wird dadurch die Heranbildung eines geschulten Beamtenkörpers ermöglicht und eine sach-

gemäße Bearbeitung der Versicherungssachen gewährleistet. Das entspricht nicht nur den Wünschen des Reichs, als vor allem auch den Wünschen der Versicherten. Aus diesem Grunde haben die beteiligten Ministerien von der Bestimmung zahlreicher Ausführungsbehörden abgesehen und die Bildung einer einheitlichen Ausführungsbehörde für die Betriebe des Reichs, für die das Reich Träger der Unfallversicherung ist, vorbereitet. Der Reichsarbeitsminister hat in diesen Tagen, nach Zustimmung des Reichsrates, dem Reichstage den Entwurf eines Gesetzes über die Errichtung einer solchen Reichsausführungsbehörde für Unfallversicherung zugehen lassen. Zweck und Aufgabe dieser neuen Behörde werden gemäß § 1 des Gesetzentwurfs wie folgt zusammengefaßt: „Mit Wirkung vom 1. April 1921 ab wird eine Reichsausführungsbehörde für Unfallversicherung errichtet. Ihre Aufgabe ist die Durchführung der Unfallversicherung bei Betrieben und Tätigkeiten, soweit ihr diese Aufgabe gemäß § 892 RVO. überwiesen wird." Die Reichsausführungsbehörde für Unfallversicherung wird der Dienstaufsicht des Reichsversicherungsamts unterstellt. Auf die Amtshandlungen des Reichsversicherungsamts, die sich aus dieser Unterstellung ergeben, sollen die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Verfahren und die Bestimmungen der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamts vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1083) keine Anwendung finden. Die näheren erforderlichen Ausführungsbestimmungen soll gemäß § 3 des Gesetzentwurfs der Reichsarbeitsminister erlassen.

Diese neue Behörde, die für die Rentenempfänger des früheren Heeres und der früheren Marine von besonderem Interesse sein wird, hat tatsächlich ihre Geschäfte schon mit dem 1. April 1921 aufgenommen, da mit dem 31. März 1921 die bisherigen Ausführungsbehörden zu bestehen aufgehört haben. Eingearbeitete Beamte und Angestellte sind von den bisherigen Ausführungsbehörden übernommen worden, soweit sie vorhanden und zum Übertritt bereit waren. Die Mittel zur vorläufigen Führung der Geschäfte hat der Reichstag bereits bewilligt.

Die Bestimmung der Zuständigkeit der Reichsausführungsbehörde im einzelnen soll Erlassen der zuständigen Ministerien nach § 892 RVO. vorbehalten bleiben. Wichtig ist, daß nicht beabsichtigt ist, die Behörde auch an die Stelle der schon vorhandenen Ausführungsbehörden für die Verkehrsverwaltungen des Reichs (Eisenbahndirektionen, Reichswasserstraßendirektionen, Reichskanalamt usw.) treten zu lassen. Derartige Ausführungsbehörden bleiben vielmehr neben der Reichsausführungsbehörde bestehen.

Die Reichsausführungsbehörde soll dem Geschäftsbereich des für die Sozialversicherung zuständigen Reichsarbeitsministers eingegliedert werden. Um eine sachkundige Aufsicht zu gewähren, soll sie dem Reichsversicherungsamt unterstellt werden. Die Spruch- und Beschlußtätigkeit des Reichsversicherungsamts erstreckt sich schon immer auf alle vorhandenen Ausführungsbehörden. An dieser Stellung des Reichsversicherungsamts soll hinsichtlich der Reichsausführungsbehörde nichts geändert werden. Darüber hinaus aber soll, wie es in der Gesetzesbegründung heißt, auch die Aufsicht über die Reichsausführungsbehörde übertragen werden, die ihm den Ausführungsbehörden gegenüber sonst nicht zusteht. Diese Aufsicht kann sich aber nicht in den hierfür von der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Grenzen halten, da die Berufsgenossenschaften Selbstverwaltungskörper und demgemäß die Aufsichtsbefugnisse des Reichsversicherungsamts beschränkt sind. Es ist vielmehr nur geplant, dieser Aufsicht den Charakter einer Dienstaufsicht zu geben. Auf ein solches Verhältnis der Über- und Unterordnung können die Formen des Verfahrens, das die Reichsversicherungsordnung und die erwähnte Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamts vom 24. 12. 11 für die Handhabung der Aufsicht über die Berufsgenossenschaften vorschreiben, nicht angewendet werden.

Betont sei also nochmals, daß die neue Reichsausführungsbehörde, die ihren Sitz in Berlin hat, nicht an Stelle der Ausführungsbehörden der Reichsverkehrsbehörden tritt, sondern nur gegründet worden ist, um die Unfallversicherungsangelegenheiten der Angehörigen des früheren Heeres und der früheren Marine weiterzuführen. Es darf erwartet werden, daß durch die einheitliche Bearbeitung der Unfallangelegenheiten durch diese neue Behörde die Ansprüche und Wünsche der Unfallrentenempfänger einheitlich, gleichmäßig und befriedigend erfüllt werden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur Festsetzung des Wertes der Sachbezüge (§ 160 RVO.).

Schreiben des **Reichsarbeitsministers** vom 19. Dezember 1921 (Volksw. 1922 S. 77).

Der Herr Reichsminister der Finanzen hat durch ein Rundschreiben vom 6. September 1921 — III E 24 469 — an die Landesfinanzämter diese ersucht, die Bewertung der Natural- und sonstigen Sachbezüge (§ 160 der Reichsversicherungsordnung) u. a. im Benehmen mit den Versicherungsämtern vorzunehmen. Ich möchte diese Anregung unterstützen, zumal da mir von verschiedenen Seiten Klagen über eine unzureichende Bemessung dieser Sachleistungen bekanntgegeben worden sind. Auch das Reichsversicherungsamt und das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt begrüßen die Anregung des Herrn Reichsfinanzministers.

Ich darf deshalb anheimstellen, die Versicherungsämter anzuweisen, daß sie bei Festsetzung des Wertes der Sachbezüge in allen Fällen mit dem zuständigen Landesfinanzamt ins Benehmen treten. Ich setze dabei voraus, daß beide Stellen vor der Festsetzung der Bezüge die in Betracht kommenden Genossenschafts- und Wirtschaftsverbände entsprechend meinem Schreiben vom 4. August 1921 — II A 2342 — beteiligen.

Maß des Ersatzes für Krankenpflege nach § 1542 Abs. 2 RVO.

Urteil des **Reichsgerichts** (1. Zivilsen.) vom 28. November 1921.

Verschiedene Kassenmitglieder der Klägerin (Ortskrankenkasse) erhielten von ihr wegen der im Bahnbetriebe der Beklagten erlittenen Schädigungen nach der RVO. Krankengeld, ärztliche Behandlung und Arzneien. Die Beklagte als haftpflichtige Bahnunternehmerin hat der Klägerin das Krankengeld erstattet. Die Klägerin verlangt aber nach § 1542 RVO. auch Ersatz für die Krankenpflege. Sie hat den Betrag hierfür für jedes einzelne der unfallbeschädigten Mitglieder gemäß § 1503 Abs. 1 RVO. nach ³⁄₈ des Grundlohns berechnet, nach welchem sich das Krankengeld jener Mitglieder bestimmt. Landgericht und Oberlandesgericht haben die Klage abgewiesen. Das Reichsgericht hat dagegen die Bahngesellschaft zur Zahlung verurteilt aus folgenden Gründen:

Unstreitig haben die 14 Mitglieder der Klägerin im Bahnbetriebe der Beklagten Unfälle erlitten. Daraus ergibt sich die Schadenersatzpflicht der Beklagten nach § 3a des Haftpflichtgesetzes. Einwendungen aus § 1 des Haftpflichtgesetzes, daß die Unfälle durch höhere Gewalt oder durch eigenes Verschulden der Verletzten verursacht worden sind, sind von der Beklagten nicht erhoben; sie hat auch nicht behauptet, daß die Verletzten wegen eigenen Verschuldens nach § 254 BGB. den Schaden etwa zum Teil selber zu tragen haben. Im Gegenteil, die Beklagte hat sogar der Klägerin das ihren verletzten Mitgliedern gewährte Krankengeld im vollen Betrage erstattet und sich damit zu dem Standpunkte bekannt, daß sie den Verletzten nach § 3a Haftpflichtgesetz die ganzen Kosten der Heilung zu leisten hat.

Daß unter die nach § 3a des Haftpflichtgesetzes zu leistenden Heilungskosten auch die den Verletzten von einer Krankenkasse gewährte Krankenpflege gehört, bedarf keiner Ausführung. Wo nun neben der Krankenkasse auch ein Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zum Schadenersatze verpflichtet ist, kann die Krankenkasse nach den Vorschriften der §§ 1501, 1503 RVO. von diesem Ersatz für ihre Krankenpflege beanspruchen. Aber das Maß des Ersatzes für die Krankenpflege ist im § 1503 Abs. 1 gesetzlich in absoluter Weise festgelegt; denn für Krankenpflege ist schlechthin ³⁄₈ des Grundlohns zu ersetzen, nach welchem sich das Krankengeld des Verletzten bestimmt. An dieses absolute Maß ist sowohl die Krankenkasse wie der Träger der Unfallversicherung gebunden, nach unten wie nach oben. Die Krankenkasse braucht die einzelnen Aufwendungen für die Krankenpflege weder darzulegen noch zu beweisen, und ebensowenig, wie sie einen höheren Betrag ersetzt verlangen kann, wenn die Krankenpflege mehr als ³⁄₈ des Grundlohnes gekostet hat, kann ihr vom Träger der Unfallversicherung der Einwand entgegengesetzt werden, daß sie in Wirklichkeit für die Krankenpflege einen geringeren Betrag als ³⁄₈ des Grundlohnes aufgewendet habe.

Zwar regeln die Vorschriften der §§ 1501, 1503, die dem 5. Buche der RVO. angehören, nur die

Beziehungen zwischen Kranken- und Unfallversicherung. Sie gelten also in dieser Begrenzung nicht ohne weiteres auch für das Verhältnis der Beklagten zu den durch Betriebsunfall verletzten Mitgliedern der Klägerin, aus deren Rechten die Klägerin nach § 1542 Abs. 1 RVO. die Beklagte als haftpflichtigen Bahnunternehmer wegen Ersatz der Krankenpflege in Anspruch nimmt. Aber es steht hier der Klägerin die weitere Vorschrift des § 1542 Abs. 2 zur Seite, wonach auf das Maß des Ersatzes für Krankenpflege die Vorschrift des § 1503 RVO. entsprechend anzuwenden ist. Das Berufungsgericht beschränkt jedoch die entsprechende Anwendbarkeit des § 1503 RVO. einseitig dahin, daß es ausführt, die Klägerin brauche zwar ihre eigenen Aufwendungen für Krankenpflege nicht darzulegen und zu beweisen, wohl aber müsse sie bei Meidung der Klageabweisung den Umfang der Schadenersatzansprüche der Verletzten gegen die Beklagte darlegen und beweisen. Aber dieser Standpunkt des Berufungsgerichts wird der Bedeutung eines auf ⅜ des Grundlohnes absolut gesetzlich festgelegten Pauschalbetrages für Krankenpflege im Sinne des § 1503 RVO. nicht gerecht. Denn es liegt ein Widerspruch darin, einerseits den Schadenersatzanspruch der Klägerin in entsprechender Anwendung des § 1503 auf das Höchstmaß dieses Pauschalbetrages zu begrenzen, auch wenn die Klägerin noch höhere Aufwendungen für Krankenpflege nachweisen könnte, für die auch die Beklagte nach § 3a Haftpflichtgesetz aufzukommen hätte, — anderseits aber den Pauschalbetrag nicht als absolut maßgebend gelten zu lassen, sofern nicht die Klägerin, die doch nach § 1503 RVO. von dem Nachweis ihrer einzelnen Aufwendungen für Krankenpflege befreit sein soll, darlegt und beweist, in welchem Umfange ihre wirklichen Aufwendungen mit dem Umfange der Schadenersatzpflicht der Beklagten sich decken. Grundsätzlich muß allerdings die Klägerin die Ansprüche der Verletzten, wenn sie diese auf sie übergegangenen Ansprüche nach § 1542 Abs. 1 RVO. geltend macht, auch darlegen. Wenn aber der § 1503 RVO. den Anspruch, der der Klägerin für Krankenpflege entsteht, auf ⅜ des Grundlohnes festlegt und der § 1542 Abs. 2 RVO. für das Maß des Ersatzes für Krankenpflege auch zwischen der Versicherungsanstalt und dem Dritten die entsprechende Anwendbarkeit des § 1503 RVO. vorschreibt, so ist von der klagenden Versicherungsanstalt gegen den dritten Schadenersatzpflichtigen nichts weiter darzulegen, als daß Tatbestände, hier Betriebsunfälle, vorliegen, die eine Krankenpflege überhaupt notwendig gemacht haben; das ist auch behauptet und gar nicht bestritten. In solchen Fällen treten dann die Sätze des § 1503 RVO. ohne weiteres und automatisch an die Stelle einer ins einzelne gehenden Darlegung der aufgewandten Krankenpflege. Gegen die Berechnung der einzelnen Sätze und die Zahl von Tagen, an denen jedem einzelnen Krankenpflege gewährt worden ist, hat die Beklagte keinerlei Einwendungen erhoben.

Das Berufungsgericht weist schließlich darauf hin, es laufe der Dritte, wenn er an die Klägerin schlechthin für Krankenpflege ⅜ des Grundlohnes zahlen müsse, Gefahr, mehr zu zahlen, als was er selbst dem Verletzten schuldig sei. Diese Möglichkeit ist allerdings an sich nicht ausgeschlossen, ebensowenig aber auch die entgegengesetzte, dem Dritten zum Vorteil gereichende Möglichkeit, daß der nach § 1503 RVO. berechnete Betrag niedriger ist, als was der Dritte dem Verletzten an Heilungskosten, insbesondere für Krankenpflege, zu leisten hat. Diese Unstimmigkeit hat ihren unvermeidlichen Grund in dem Wesen einer jeden auf gesetzlicher Vorschrift beruhenden Pauschalierung, die einer Wirklichkeitsberechnung immer nur annähernd gleichkommen kann. Ebenso wie sich die Krankenkasse und der Träger der Unfallversicherung untereinander mit dieser Pauschalierung des Ersatzes für Krankenpflege kraft der Vorschrift des § 1503 RVO. schlechthin abfinden müssen, muß das gleiche nach der Vorschrift des § 1542 Abs. 2 RVO. auch im Verhältnisse der Krankenkasse und dem schadensersatzpflichtigen Dritten gelten: das im § 1503 vorgeschriebene Maß des Ersatzes für Krankenpflege stellt sich gleichzeitig dar als der Betrag, den der Dritte, nicht mehr und nicht weniger, dem Verletzten für Krankenpflege schuldig ist. — Daß bei dieser gesetzlichen Regelung der Verletzte eine „doppelte" Entschädigung erhalten könnte, wie das Berufungsgericht meint, trifft nicht zu; denn da nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts der Anspruch des Verletzten gleich mit der Entstehung, hier also schon im Zeitpunkte des erlittenen Betriebsunfalles, auf die Klägerin übergegangen ist, ist der Verletzte rechtlich überhaupt nicht mehr in der Lage, für Krankenpflege von der Beklagten Schadenersatz zu verlangen.

Da die Sache spruchreif erscheint, so war nach § 565 Abs. 3 und 1 ZPO., wie geschehen, die Beklagte nach dem Berufungsantrage zu verurteilen.

Anmerkung: Durch diese Entscheidung des höchsten Gerichtshofs ist eine alte Zweifelsfrage erledigt, in der wir, wie verschiedene Oberlandesgerichte (z. B. Entsch. des Kammergerichts in „Ortskrankenkasse" 1918 Sp. 271, Frankfurt a. M. in ArbVers. 1921 S. 288, Düsseldorf im vorliegenden Falle) eine abweichende Auffassung vertreten hatten. Zu vgl. ArbVers. 1917 S. 367 Anm. und 1920 S. 258 Ziff. 23.

B. Zur Krankenversicherung.

Art der Beschlußfassung über Neufestsetzung der Grundlöhne.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 26. Januar 1922

Die Auffassung, wonach es bei der Einführung der nach dem Gesetze vom 28. Dezember 1921 erforderlichen neuen Lohnstufen keiner getrennten Abstimmung der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in den Kassenorganen bedarf, trifft zu. § 345 Abs. 3 RVO., der eine getrennte Abstimmung vorschreibt, bezieht sich auf Satzungsänderungen. Wenn im letzten Satze des genannten Paragraphen eine Ausnahme für Beschlüsse vorgesehen ist, die Kassenleistungen betreffen, so enthält dies nur eine Ausnahme von der gedachten Sondervorschrift über die getrennte Abstimmung. Keineswegs aber darf daraus gefolgert werden, daß bei sonstigen, nicht die Kassenleistungen betreffenden oder über diesen Gegenstand hinausgehenden Beschlüssen der Kassenorgane die getrennte Abstimmung einzutreten habe. Das Gesetz vom 28. Dezember 1921 sieht im Interesse der Beschleunigung und Vereinfachung von einer Satzungsänderung bis auf weiteres ab. Eine getrennte Abstimmung kommt daher überhaupt nicht in Frage.

Wenn im übrigen bemerkt wird, daß das genannte Gesetz die Kassen nötige, ihr in der Kassensatzung gegebenes System für die Bemessung des Grundlohnes in besonderem Maße zu ergänzen oder völlig umzugestalten, so ist demgegenüber folgendes zu bemerken: Die den Kassenorganen im § 9 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 gegebene Ermächtigung hat nur die Aufsetzung der erforderlichen neuen Lohnstufen, nicht aber eine Änderung der alten Lohnstufen oder gar eine völlige Umgestaltung des ganzen bisherigen Lohnstufensystems der Kasse im Auge gehabt. Dies geht schon daraus hervor, daß es sich ausgesprochenermaßen um eine rein vorläufige Maßnahme handelt, die nach Verabschiedung des dem Reichstag bereits vorliegenden Gesetzes über Änderungen der RVO. und der darin vorgesehenen grundsätzlichen Änderung des § 180 RVO. durch eine der Regel des Gesetzes entsprechende Satzungsänderung ersetzt werden soll. Der Zweck des Gesetzes ging überdies dahin, die Hinzufügung der neuen höheren Grundlohnsätze im Interesse der erkrankten Versicherten soweit als möglich zu beschleunigen. Es liegt auf der Hand, daß grundsätzliche Änderungen damit nicht vereinbar sind. § 9 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 spricht auch nur von einer Änderung wegen der Erhöhung des Grundlohns, was nicht auf die Grundlöhne innerhalb des früheren Höchstsatzes bezogen werden kann. Auch in der dem Initiativantrag des Reichstags beigefügten Begründung heißt es dementsprechend: „Das Hinzufügen der neu erforderlichen höheren Lohnstufen zu den bisherigen ist eine einfache Aufgabe, die dem Kassenvorstand füglich überlassen werden kann.

Häusliche Gemeinschaft im Sinne des § 205a RVO. muß zur Zeit der Entbindung bestanden haben.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. November 1921 (2679 Amtl. Nachr. 1921 S. 434).

Für die Entscheidung der vorliegenden Sache ist zunächst davon auszugehen, daß in diesem Verfahren lediglich geprüft werden kann, ob ein Anspruch des Klägers auf Wochenhilfe gegen die Betriebskrankenkasse der Rheinischen Metallwaren- und Maschinenfabrik besteht. Zu der Frage, ob auch die Betriebskrankenkasse der Firma Rheinische Spiegelglasfabrik E. der Ehefrau des Klägers Wochenhilfe zu gewähren hat, kann in diesem Verfahren schon deshalb nicht Stellung genommen werden, weil hierfür als Kläger nicht der Ehemann B., sondern der Vater der Ehefrau B. in Betracht kommt. Der Anspruch gegen die Betriebskrankenkasse der Rheinischen Metallwaren- und Maschinenfabrik hängt im Hinblick auf die Vorschrift des § 205a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919 davon ab, ob zwischen dem Kläger und seiner Ehefrau die häusliche Gemeinschaft bestanden hat. Dabei ist zugleich zu prüfen, welcher Zeitpunkt für die Beantwortung dieser Frage entscheidend ist.

Das Reichsversicherungsamt hat sich hinsichtlich der Ansprüche auf Krankenhilfe bereits dahin schlüssig gemacht, daß der Zeitpunkt der Erkrankung für die Beurteilung aller Ansprüche, die aus dem Unterstützungsfall erhoben werden, maßgebend ist (zu vgl. Revisionsentsch. 2342, Amtl. Nachr. 1917 S. 462). Wendet man diesen Grundsatz, wogegen keine Bedenken stehen, sinngemäß auf den vorliegenden Fall an, so hängt das Schicksal des in Rede stehenden Anspruchs davon ab, ob die häusliche Gemeinschaft zur Zeit der Entbindung bestanden hat. Dabei ist bei Beurteilung dieser Frage nicht bereits auf die Tatsache eines getrennten Lebens, sondern auch auf den Willen der Beteiligten Wert zu legen und demnach bei einer vorübergehenden Trennung eine Auflösung der häuslichen Gemeinschaft nur dann als vorliegend anzuerkennen, wenn die Trennung in der Absicht erfolgt, die Gemeinschaft nicht oder nach Beseitigung des Trennungsgrundes nicht mehr fortzusetzen (zu vgl. Entsch. 1992, Amtl. Nachr. 1915 S. 432). Daß vorliegend eine derartige Absicht des Beteiligten bestand, kann nach den Erklärungen des Ehemanns B. zu Protokoll des Versicherungsamts D. vom 24. Juni 1921 nicht zweifelhaft sein. Er hat ausdrücklich angegeben, daß es sich bei der Ende

Oktober 1919 erfolgten Trennung der Eheleute, die bis Ende Dezember 1919 gedauert hat, um ein ernstes Zerwürfnis gehandelt habe. Seine Ehefrau habe ihn böslich verlassen und den größten Teil seiner Möbel verkauft. Daher habe er zunächst nicht die Absicht gehabt, zu seiner Ehefrau zurückzukehren. Bestand aber die häusliche Gemeinschaft zur Zeit der Entbindung nicht, so ist es nach Vorstehendem für den Anspruch bedeutungslos, daß sie einige Zeit nach der Entbindung wieder aufgenommen ist. Ein Anspruch auf Gewährung des Wochengeldes von diesem Zeitpunkt an kann hieraus nicht hergeleitet werden (zu vgl. Jaeger, Wochenhilfe, S. 72). Allein entscheidend ist vielmehr, ob die Voraussetzungen des Anspruchs im Zeitpunkt der Entbindung vorhanden sind. Da dies vorliegend nicht der Fall war, so war die Entscheidung des Versicherungsamts dahin abzuändern, daß der Kläger mit seinem Anspruch gegen die beklagte Betriebskrankenkasse der Firma Rheinische Metallwaren- und Maschinenfabrik in D. abzuweisen war.

Durch unbeanstandete Annahme von Zusatzbeiträgen wird nicht (nach § 213 RVO.) Anspruch auf Familienhilfe begründet.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 24. November 1921 (2682 Amtl. Nachr. 1921 S. 436).

In der Sache selbst vermochte sich der Senat der Auffassung der Vorinstanzen, daß der vorliegende Anspruch im Hinblick auf § 213 RVO. begründet sei, nicht anzuschließen. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Revisionsentsch. 2109 (Amtl. Nachr. 1915 S. 759) unter Darlegung der Entstehungsgeschichte dieser Vorschrift ausgeführt hat, wird hierdurch die Kasse, wenn Personen zur Versicherung angemeldet werden, verpflichtet, die Berechtigung zum Eintritt in die Versicherung auf Grund der Angaben in der Anmeldung zu prüfen und die in Betracht kommenden Verhältnisse aufzuklären, um zu verhindern, daß Beiträge zu Unrecht geleistet werden. § 213 will hiernach Vorsorge treffen für die Fälle, in denen namentlich bei Unkenntnis der Beteiligten eine Versicherung nicht bestanden hat. Im vorliegenden Falle hat aber unbestritten eine gültige Versicherung der Klägerin vorgelegen. Eine rechtsähnliche Anwendung dieser Vorschrift auf die Familienangehörigen im Falle der Familienversicherung verbietet sich aber deshalb, weil § 213 RVO., durch den eine formale Versicherung geschaffen ist, eine Ausnahmevorschrift enthält, die eng auszulegen ist. Es liegt also nicht etwa eine Lücke des Gesetzes vor, soweit die Familienversicherung in Betracht kommt, sondern es handelt sich um eine lediglich zugunsten der zu Unrecht als Kassenmitglieder behandelten Personen erlassene Vorschrift, deren Anwendung auf diese beschränkt bleiben muß. Einer solchen Ausdehnung der Auslegung dieser Vorschrift würden übrigens auch noch um deswillen Bedenken entgegenstehen, weil die Familienhilfe nicht eine selbständige Leistung an die Familienmitglieder eines Versicherten, sondern eine diesem selbst als dem Forderungsberechtigten zukommende Leistung darstellt. Träger des Anspruchs auf Familienhilfe sind daher nicht die Familienangehörigen, sondern die Versicherten selbst (zu vgl. Revisionsentsch. 2472, Amtl. Nachr. 1918 S. 424). Praktisch würden sich endlich bei der gegenteiligen Beantwortung dieser Frage noch insofern Schwierigkeiten ergeben, als gegebenenfalls eine verschiedene Beurteilung zu erfolgen hätte, je nachdem eine Kasse mit Familienhilfe nach § 384 Abs. 2 RVO. einen Zusatzbeitrag erhebt, oder von dessen Einführung abgesehen hat. Sind hiernach vorliegend die Voraussetzungen des § 213 RVO. nicht gegeben, so erweist sich der erhobene Anspruch als unbegründet, da zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles, wie unbestritten ist, die Voraussetzungen des § 30 der Kassensatzung nicht vorgelegen haben.

C. Zur Unfallversicherung.

Zur Versagung der Unfallentschädigung bei unerlaubter Handlung (§ 557 RVO.).

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 27. Oktober 1921 (Ia 2039/21).

Der Arbeiter Johann M. holte am Abend des 18. 9. 20 von einem Landwirt in W. für seinen Arbeitgeber, eine Verwandte desselben und auch für sich je einen Zentner Weizen, indem er dazu im Einverständnis mit dem Arbeitgeber dessen Pferd und Wagen benutzte. Auf dem Heimwege scheute bei einer scharfen Wegbiegung das Pferd, der Wagen stürzte um und M. erlitt einen Schädelbruch. Er wurde bewußtlos aufgefunden und ins Krankenhaus gebracht, wo er an den Folgen der Verletzung am 19. 9. 20 verstorben ist. M. war seit dem Ende des Krieges Arbeiter in dem Vieh- und Pferdehandelsgeschäft von B. B. in E. Die Beschaffung des Weizens unter Benutzung des Fuhrwerks des Arbeitgebers war schon in der Woche vor dem Unfall mit dem Arbeitgeber besprochen worden.

Das Holen des Weizens für seinen Arbeitgeber und dessen Verwandte, wobei er zugleich einen Zentner für sich selbst mitbrachte, ist, wie das OVA. zutreffend annimmt, im überwiegenden Interesse des Arbeitgebers unternommen worden. Die Fahrt stellt

sich somit als ein anderer Dienst im Sinne des § 546 RVO. dar, zu dem der hauptsächlich im versicherten Teil des Vieh- und Pferdehandelsgeschäfts des B. beschäftigte Versicherte von dem Unternehmer herangezogen worden ist.

Die Beschaffung des Weizens ohne behördliche Genehmigung war allerdings, da das im Reiche angebaute Getreide gemäß der Reichsgetreideordnung für die Ernte 1920 vom 21. 5. 20 mit der Trennung vom Boden für den Kommunalverband, in dessen Bezirk er gewachsen war, gemäß § 1 des Gesetzes beschlagnahmt war und nach § 80 Nr. 1 bzw. 2 daselbst die unbefugte Entfernung und der unbefugte Ankauf oder ein sonstiges Erwerbsgeschäft hinsichtlich beschlagnahmter Vorräte mit Gefängnis bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe bis zu fünfzigtausend Mark oder mit einer dieser Strafen bestraft wird, ein vorsätzliches Vergehen. Es handelte sich aber nur um die Beschaffung verhältnismäßig geringer Getreidemengen für den eigenen Bedarf derer, für die sie geholt wurden, also nicht um eine schwerer zu beurteilende Verschaffung von Getreide etwa zu gewinnsüchtigen Verkaufszwecken. Nach Auskunft der Staatsanwaltschaft sind der Arbeitgeber B. und Frau S. nur zu je 240 M. Geldstrafe, im Nichtbeitreibungsfalle zu 24 Tagen Gefängnis, der Abgeber des Getreides K. zu 820 M. Geldstrafe, im Nichtbeitreibungsfalle zu 82 Tagen Gefängnis, durch rechtskräftig gewordene Strafbefehle des Amtsgerichts E. vom 22. 10. 20 verurteilt worden. Gegen M. selbst konnte, da er schon am 19. 9. 20 gestorben ist, ein Strafverfahren nicht eingeleitet werden. Hinsichtlich des für ihn selbst bestimmt gewesenen Zentners Weizen ist im übrigen unwiderlegt behauptet worden, daß dafür nachträglich ein Saatgutschein erteilt worden ist, so daß eine unerlaubte Handlung des M. nur betreffs des für den Arbeitgeber und dessen Verwandte geholten Weizens bestehen blieb. Die Tat des Verunglückten erscheint daher, wenn man die Notlage der Bevölkerung, den hier vorliegenden Grad der Nichtbefolgung gesetzlicher Zwangsbewirtschaftungsmaßregeln und die allgemeine Anschauung berücksichtigt, im Grunde nur als eine milde zu beurteilende sog. polizeiliche Zuwiderhandlung. Nach § 557 RVO. kann nun, wenn der Verletzte sich einen Betriebsunfall beim Begehen einer Handlung zugezogen hat, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist, der Schadenersatz ganz oder teilweise versagt werden. An Verstöße gegen Zwangsbewirtschaftungsvorschriften, die erst anläßlich des Weltkrieges und seiner Nachwirkungen gesetzlich angeordnet worden sind, hat man z. Zt. des Erlasses der RVO. nicht denken können. Die Beschränkung auf Verbrechen und vorsätzliche Vergehen zeigt auch, daß man bei § 557 RVO. an nach allgemeiner Auffassung und nach dem Rechte des Staates schwerer zu beurteilende Straftaten gedacht hat. Aber, wie die Fassung des § 557 RVO. ergibt, ist in solchen Fällen, also wenn bei eigentlicher Betriebstätigkeit ein Vergehen verübt wird, der dabei verunglückte Versicherte nicht schlechthin des Anspruches auf Entschädigung verlustig. Es ist nur die Möglichkeit der Versagung der Entschädigung gegeben, die Entscheidung also im einzelnen Falle dem pflichtmäßigen Ermessen der zuständigen Stelle überlassen. Wenn aber bei einer eigentlichen Betriebshandlung im Falle des § 557 RVO. eine Entschädigung noch gewährt werden kann, die unerlaubte Handlung also einen solchen Anspruch nicht schlechthin ausschließt, so kann man auch nicht annehmen, daß bei einer unter § 546 RVO. fallenden Nebentätigkeit, wie sie hier in Betracht kommt, nur erlaubte Tätigkeiten den Versicherungsschutz genössen, eine unerlaubte Handlung aber, wie sie M. begangen hat, überhaupt nicht versichert sei. Der grundlegende Gedanke ist im § 557 RVO. ausgesprochen; daß ein unter § 546 RVO. gehörender Fall strenger zu beurteilen wäre, dafür ist im Grunde ein Anhalt nicht ersichtlich. Die Tat liegt nun, wie ausgeführt ist, verhältnismäßig milde. Das RVA. hält es daher für billig, den Hinterbliebenen die gesetzliche Entschädigung zu gewähren.

D. Zur Militärversorgung.

Wahrung einer Antragsfrist durch Eingang bei jeder deutschen Amtsstelle.

Entscheidung des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 8. Februar 1921 (Entsch. Bd. 1 S. 257).

Der Schriftsatz vom 16. Oktober 1920, durch den der Kläger die Entscheidung des Senats gegen die Verfügung des Vorsitzenden vom 8. Oktober 1920 angerufen hat, ist erst nach Ablauf der einwöchigen Frist seit Zustellung dieser Verfügung bei dem Reichs-Militärversorgungsgericht eingegangen, binnen welcher nach § 96 Abs. 2 und § 98 der Bestimmungen des Reichsarbeitsministers vom 18. Februar 1919 die Entscheidung des Senats angerufen werden kann. Es bleibt zu prüfen, ob durch den Eingang des Schriftsatzes bei dem Militärversorgungsgericht am 21. Oktober 1920 die Frist gewahrt worden ist. Diese Frage hat der Senat bejaht.

Der § 96 Abs. 2 in Verbindung mit § 98 a. a. O. besagt lediglich, daß der Antragsteller binnen einer

Woche nach Zustellung der Verfügung die Entscheidung des Senats anrufen kann. Es fehlt demnach an einer Vorschrift darüber, in welcher Form diese Anrufung zu geschehen hat, und insbesondere, bei welcher Stelle sie innerhalb dieser Frist einzugehen hat. Im Gegensatz hierzu schreibt der § 38 Abs. 1 und 2 a.a.O. hinsichtlich der Einlegung der Rechtsmittel ausdrücklich vor, daß sie schriftlich oder zu Protokoll innerhalb der gesetzlichen Verfahrensfristen bei der Stelle einzulegen sind, die darüber zu entscheiden hat. Angesichts dieser starren Formvorschriften in den Absätzen 1 und 2 des § 38 mußte der Gesetzgeber, wenn er wollte, daß bei der Einlegung der Rechtsmittel die Verfahrensfrist auch durch den rechtzeitigen Eingang bei einer anderen Stelle gewahrt werden sollte, das besonders zum Ausdruck bringen. Daraus erklärt sich die Vorschrift im § 38 Abs. 3 der Bestimmungen vom 18. Februar 1919, wonach die Frist auch dann als gewahrt gilt, wenn das Rechtsmittel rechtzeitig bei einer anderen deutschen amtlichen Stelle oder bei einem Träger der Reichsversicherung eingegangen ist. Entsprechende Bestimmungen finden sich im § 29 des MVG. in der Fassung, die dieses Gesetz durch Art. I der Verordnung vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149) erhalten hat, hinsichtlich des Einspruchs gegen Bescheide der Versorgungsbehörden. Auch hier ist zunächst angeordnet, daß der Einspruch bis zum Ablauf von einem Monat nach der Zustellung des Bescheids „bei der durch die oberste Militärverwaltungsbehörde des Kontingents bestimmten Behörde einzulegen" sei, und im darauffolgenden Satze ist ausgesprochen, daß die Frist auch dann als gewahrt gelte, wenn er rechtzeitig bei einer anderen deutschen amtlichen Stelle oder einem Träger der Reichsversicherung eingegangen sei.

Die unmittelbare Anwendung der im § 38 Abs. 3 der Bestimmungen vom 18. Februar 1919 enthaltenen Vorschrift auf den hier zu entscheidenden Fall kann allerdings nicht in Betracht kommen, weil die Anrufung nach § 96 Abs. 2 kein Rechtsmittel im Sinne des § 38 ist (zu vgl. die Kommentare zur RVO. von H a n o w, 3. Aufl. Bd. I Anm. 3 zu § 128; D ü t t m a n n, Bd. I Anm. 1 zu § 128, auch die grundsätzl. Entsch. des RVA. vom 19. Mai 1914 — II a 3241/13 —). Gleichwohl ist der Senat bei der Beurteilung dieser Frage zu demselben Ergebnis gekommen, wie es jedenfalls dann eintreten müßte, wenn § 96 a.a.O. eine ausdrückliche, dem § 38 Abs. 3 entsprechende Vorschrift enthielte. Der allgemeine Rechtsgedanke, der sowohl im § 38 Abs. 3 der Bestimmungen vom 18. Februar 1919 wie im § 29 (neuer Fassung) des Mannschaftsversorgungsgesetzes seinen Niederschlag gefunden hat, geht dahin, daß die mit dem Aufbau und der Gliederung der Behörden nicht vertraute Partei, wie es die Mehrzahl der Versorgungsberechtigten ist, ihres Rechtsbehelfs nicht dadurch verlustig gehen soll, daß sie trotz Anwendung der von ihr billigerweise zu fordernden Sorgfalt, insbesondere unter Beachtung der vorgeschriebenen Verfahrensfrist, den zulässigen Rechtsbehelf bei einer an sich unzuständigen Stelle anbringt. Die restlose Durchführung dieses Gedankens, der auch in anderen neueren Gesetzen Beachtung gefunden hat (zu vgl. § 234 der Reichsabgabenordnung vom 13. Dezember 1919 — RGBl. S. 1993 — und § 20 der Verordnung über das Reichswirtschaftsgericht vom 21. Mai 1920 — RGBl. S. 1167 —), ist gerade im Versorgungsverfahren um so mehr geboten, als in den Kreisen der Versorgungsberechtigten eine verzeihliche Unkenntnis darüber herrscht, welche Stellen zur Entgegennahme und Entscheidung über Anträge in den verschiedenen Lagen des Verfahrens zuständig sind. Diese in weiten Kreisen der Beteiligten bestehende Unklarheit und Verwirrung ist durch die mehrfachen Änderungen, die das Verfahren, der Aufbau, die Gliederung und die Zuständigkeit der Behörden namentlich seit der staatlichen Umwälzung vom November 1918 durchgemacht haben, und die auch jetzt noch keineswegs abgeschlossen sind, noch vergrößert worden. Es kann dahingestellt bleiben, inwieweit der Gedanke, daß die rechtzeitige Anrufung einer an sich unzuständigen Stelle eine Verfahrensfrist wahrt, schon die Reichsversicherungsordnung beherrscht, und ob er insbesondere auch den §§ 1713 und 1731 daselbst zugrunde liegt. (Die zu § 1713 und zu § 1731 Abs. 2 hierüber ergangenen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vom 19. und 20. Mai 1914 — II a 3241/13 und I a 8622/13 — widersprechen einander.) Jedenfalls würde es mit dem sozialen Rechtsempfinden unserer Zeit nicht in Einklang zu bringen sein, wenn er bei der Entscheidung der hier vorliegenden Frage außer acht gelassen würde. Wenn es im § 96 der Bestimmungen vom 18. Februar 1919 an einer ausdrücklichen Vorschrift des Inhalts fehlt, daß die daselbst in Abs. 2 gesetzte einwöchige Frist auch durch den vor ihrem Ablauf erfolgten Eingang der Anrufung bei einer anderen deutschen amtlichen Stelle als der zur Entscheidung berufenen Kammer (des Senats) gewahrt werde, so braucht in diesem Fehlen keineswegs eine Lücke erblickt zu werden, die durch Heranziehung und sinngemäße Anwendung einer anderen ausdrücklichen Vorschrift ausgefüllt werden könnte. Es bedurfte einer besonderen Bestimmung zum Schutze des unerfahrenen Versorgungsberechtigten, der sich mit seinem Antrag auf Entscheidung nicht unmittelbar an die Kammer (den Senat) wendet, im § 96 der Bestimmungen gar nicht, weil diese Vorschrift im Gegensatz zu § 38 a.a.O. und zu § 29 MVG. überhaupt nichts darüber enthält, in welcher Form und an welcher Stelle die Partei ihren Willen, die Entscheidung der Kammer herbeizuführen, zum Ausdruck zu bringen hat. D e r a l l g e m e i n e, d a s V e r s o r g u n g s v e r f a h r e n b e h e r r s c h e n d e R e c h t s g e d a n k e, d a ß, s o w e i t

nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, Anträge bei jeder deutschen Behörde jedenfalls mit der Wirkung gestellt werden können, daß ihr Eingang daselbst eine noch nicht abgelaufene Verfahrensfrist wahrt, dieser Gedanke muß auch hier Platz greifen, da kein zwingender Grund seiner Anwendbarkeit entgegensteht. Die Anrufung des Senats durch den Schriftsatz des Klägers vom 16. Oktober 1920, der beim Militärversorgungsgericht am 21. Oktober 1920, also vor Ablauf der einwöchigen Frist des § 96 Abs. 2, eingegangen ist, ist hiernach rechtzeitig erfolgt. Der Eingang des Schriftsatzes bei dem zur Entscheidung berufenen Reichs-Militärversorgungsgericht kann zur Wahrung dieser Frist nicht gefordert werden.

Sprechsaal.

Zur Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Stufe (§ 313a RVO.).

Aus Fischhausen erhalten wir folgende Zuschrift: „Im Heft 3 des laufenden Jahrg. bespricht Geh. Justizrat Hahn das Gesetz vom 28. 12. 21 über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung. Darin findet sich mit Bezug auf den neuen § 313a RVO. der folgende Satz: „Übrigens findet die Versetzung in eine höhere Klasse oder Stufe eine selbstverständliche Schranke im § 313 Abs. 1: Über diejenige Klasse oder Stufe hinaus, der der Weiterversicherte beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte, darf er in keinem Falle versetzt werden." — Wir können diese Ansicht nicht teilen. Dadurch würde ja der offensichtliche Zweck der neuen Bestimmung in vielen Fällen völlig vereitelt werden. Man braucht nur an die Versicherung der Haussöhne zu denken, die, da sie keinen Barlohn erhalten, fast durchweg in niedriger Lohnstufe versichert sind und später, falls die Ansicht Hahns richtig wäre, als wohlhabende Besitzer oder Handwerker sich in dieser niedrigen Stufe weiterversichern könnten, ohne daß der Kassenvorstand eine Handhabe hätte, die Beiträge derselben ihren „Einkommensverhältnissen" anzupassen. Der Wortlaut des § 313a läßt u. E. diese Deutung auch gar nicht zu. Welcher Standpunkt wird dort als der richtige angesehen?

Wir haben Herrn Geheimrat Hahn um nochmalige Prüfung der Frage ersucht. Er schreibt uns: „Nur wenn man den zweiten Satz des § 313a für sich allein betrachtet, scheint der Wortlaut dieses Satzes meiner Auslegung entgegenzustehen. Betrachtet man ihn im Zusammenhange, so fällt sofort auf, daß im Satz 2 nicht, wie im Satz 1, von einer Versetzung „bei Beginn oder während der Dauer der Weiterversicherung", sondern nur von einer Versetzung des „Weiterversicherten" die Rede ist. Die Versetzung in eine höhere Klasse oder Stufe gleich bei Beginn der Weiterversicherung, also in eine Stufe über diejenige hinaus, welcher der Versicherte beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte, erscheint hiernach nicht statthaft. Dafür wäre aber ein vernünftiger Grund nicht einzusehen, wenn eine solche Versetzung später doch zulässig sein sollte. Es ist, von diesem Gegensatz in der Fassung der beiden Sätze abgesehen, auch nicht zuzugeben, daß meine Auslegung mit dem „offensichtlichen Zwecke" des zweiten Satzes nicht vereinbar sei. Die Anfrage unterstellt als solchen Zweck augenscheinlich, daß die Stufe der Weiterversicherung schlechthin nicht in erheblichem Mißverhältnis zum Gesamteinkommen des Weiterversicherten und zu den ihm zu gewährenden Leistungen stehen dürfe. Das ist unrichtig. Grundsätzlich bleibt nach § 313 RVO. der Weiterversicherte in seiner Klasse oder Lohnstufe. Das heißt: die Mitgliedschaft des aus der Versicherungspflicht Ausscheidenden wird so fortgesetzt, wie sie zuletzt als Pflichtmitgliedschaft bestanden hatte. Wie nun bei dem Pflichtmitgliede die Einreihung in die für die Bemessung der baren Leistungen und der Beiträge maßgebende Stufe nur von der Höhe seines Entgelts für die versicherungspflichtige Beschäftigung, nicht von der Berücksichtigung sonstiger Einkommensverhältnisse oder der dem Versicherten eintretendenfalls zu gewährenden Leistungen abhing, so konnten diese Verhältnisse auch bei der Weiterversicherung in keiner Weise in Betracht gezogen werden zu dem Zwecke, den Versicherten in eine höhere Stufe einzureihen. Nur der Übertritt in eine niedere Klasse oder Stufe war durch § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. in der ursprünglichen Fassung schlechthin, dann nach § 2 Vrdg. v. 22. 11. 18 „mit Zustimmung des Kassenvorstandes" zugelassen. In Fällen, in denen hiervon Gebrauch gemacht worden war, tauchte aber die Frage auf, ob solche Unterversicherung unwiderruflich oder ob eine spätere Höherversicherung — die den veränderten Einkommensverhältnissen des Weiterversicherten entsprechen mochte — zuzulassen war. Aus der Natur der für den Übertritt in die niedere Stufe für erforderlich erklärten Zustimmung des Kassenvorstandes war abzuleiten, daß der spätere Wiedereintritt des Versicherten in eine höhere Stufe, jedoch nicht über diejenige hinaus, der der Weiterversicherte beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte, zuzulassen war, wenn die Kasse und der Versicherte sich darüber einigten (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 438 Ziff. 9). Nur an die vollständige oder teilweise Wettmachung eines bereits erfolgten Übertritts in eine niedere Stufe ist auch bei der Vorschrift des neuen § 313a Satz 2 zu denken, der jetzt die Versetzung in eine höhere Klasse oder Stufe „auch ohne seine (des Weiterversicherten) Zustimmung" durch einseitige Anordnung des Kassenvorstandes zuläßt, wenn die Beiträge des Versicherten in erheblichem Mißverhältnisse zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm zu gewährenden Kassenleistungen stehen. Daß von der Regel des § 313 RVO., wonach der Weiterversicherte in seiner bisherigen Klasse oder Stufe Mitglied bleibt, auch durch zwangsweise Versetzung über diese Klasse oder Stufe hinaus abgewichen werden dürfte, halte ich nach dem Zusammenhange des zweiten Satzes des § 313a mit dem ersten Satze und nach dem hieraus zu entnehmenden Zwecke der Neuerung für ausgeschlossen."

Lohnstufeneinteilung.

In ArbVers. 1921 S. 617 wird ein sehr beachtenswerter Vorschlag inbezug auf eine andere Lohnstufeneinteilung gemacht. Er könnte noch dahin erweitert werden, daß der Grundlohn für den Bereich

eines Versicherungsamtes einheitlich festzusetzen wäre, ähnlich dem Verfahren beim Ortslohn. Dadurch würden sich die vielen Satzungsänderungen, die besonders in der letzten Zeit sehr häufig waren, in Zukunft erübrigen. Es dürfte genügen, wenn aus der Satzung der Hundertsatz ersichtlich ist, der für die Errechnung der Beiträge und Barleistungen nach dem jeweils maßgebenden Grundlohn in Betracht käme. Beiträge und Leistungen würden sich dadurch äußerst beweglich gestalten. Mit dem bisherigen starren System muß gebrochen werden, wenn das Wirken der Kassen dem jeweiligen Stande der wirtschaftlichen Verhältnisse angepaßt sein soll.

Nur die unterschiedliche Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage in den einzelnen Bezirken kann eine Befriedigung der an der Sozialversicherung Beteiligten herbeiführen. Erinnert sei nur an den großen Unterschied in den wirtschaftlichen Verhältnissen der Landwirtschaft und der Schwerindustrie, der von den Kassenmitgliedern besonders in der heutigen Zeit schwer zu tragen ist. Der Standpunkt, daß das Allheilmittel der Sozialversicherung allein in der Zentralisation zu suchen ist, kann nach den heutigen Erfahrungen im Wirtschaftsleben als überwunden betrachtet werden. Das Kassenmitglied will nicht nur Objekt sein, es will seine Lage so gestaltet wissen, wie es die wirtschaftlichen Verhältnisse erfordern, da die Leistung der Sozialversicherung nur das Mindestmaß desjenigen ist, was das kranke Mitglied zu seiner Erhaltung benötigt. Hier einen gerechten Ausgleich zu schaffen, sind nur die mit der Eigenart der betreffenden Verhältnisse vertrauten Kreise berufen.

Die Lösung dieser Frage wäre am einfachsten dadurch zu erreichen, daß § 180 RVO. überhaupt keine Höchstgrenze des Grundlohns vorsieht, vielmehr dem Oberversicherungsamt die Festsetzung und Einteilung der für die Lohnstufen in Frage kommenden Grundlöhne überläßt. Diese würden in den Tageszeitungen veröffentlicht und im Kassenraum ausgehängt werden. Bei schriftlichen Anfragen könnten einfache Zetteldrucke der Antwort beigefügt werden. Wie heute der Posttarif den Zeitungen entnommen wird, so würde man es in Zukunft auch mit der Grundlohneinteilung tun, und Beitrag und Barleistung danach errechnen.

Friedr. Schönwald, Düsseldorf.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vorläufiges Reichsschiedsamt zur Austragung von Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Ärzten.

Wie im Heft 2 S. 26 mitgeteilt, hatten die Ärzte u. a. auch die Vereinbarung über die Errichtung eines „Reichsschiedsamts" für hinfällig erklärt und danach auch die Bestellung von Ärzten als Mitglieder dieses Amtes und von Stellvertretern für gegenstandslos erachtet. Inzwischen haben sich die Ärzte in diesem einen Punkte anders besonnen. Ihre Vertretung hat nachträglich die Vereinbarung über das Reichsschiedsamt anerkannt und die ärztlichen Mitglieder desselben bestellt. — Wir teilen nunmehr die bereits unterm 9. 11. 21 vom Reichsarbeitsminister erlassene Bekanntmachung (Reichsanzeiger v. 25. 11. 21) mit:

Die an dem Berliner Abkommen v. 23. 12. 13 beteiligten Hauptverbände der Krankenkassen und Ärzte . . (hier folgt die Bezeichnung der Verbände; vgl. Heft 2 S. 26) haben unter Vermittlung des Reichsversicherungsamts sowie im Einvernehmen mit mir und den Regierungen der Länder die nachfolgende Ergänzung des genannten Abkommens vereinbart:

I.

1. Bindend für die zur Durchführung des Berliner Abkommens bestellten Instanzen sind neben dem Berliner Abkommen die zu seiner Ergänzung von den Kassenhauptverbänden und Hauptvereinigungen der Ärzte vereinbarten Tarifabkommen.

2. Nr. 12 Satz 1 des Berliner Abkommens erhält im Eingang folgende Fassung: „Zur Durchführung dieses Abkommens und zur Entscheidung von Streitigkeiten, welche daraus entstehen und nicht zur Zuständigkeit des Reichsschiedsamts gehören, wird ein paritätisch besetzter Zentralausschuß" usw. wie bisher.

II.

A. Es wird ein Reichsschiedsgericht errichtet, das seinen Sitz in Berlin hat.

Seine Geschäfte werden beim Reichsversicherungsamt geführt. Das Reichsschiedsamt besteht aus unparteiischen Mitgliedern und aus Vertretern der Ärzte und der Kassenverbände.

An den Sitzungen des Reichsschiedsamts nehmen 9 Mitglieder, nämlich je 3 unparteiische Mitglieder sowie je 3 Vertreter der Ärzte und Kassenverbände teil. Die unparteiischen Mitglieder, unter denen sich der Vorsitzende befindet, werden vom Präsidenten des Reichsversicherungsamts, der auch selbst den Vorsitz führen kann, ernannt. Die Vertreter der Ärzte und Kassenverbände werden von diesen bestellt.

B. Gegen die Entscheidungen der Schiedsämter kann binnen einem Monat nach ihrer Zustellung Berufung bei dem Reichsschiedsamt eingelegt werden.

Die Berufung ist zulässig, wenn es sich handelt um

a) Änderung des bei der Kasse bestehenden Arztsystems oder um Einführung eines bestimmten Arztsystems bei einer neuen Kasse;
b) Erhöhung oder Ermäßigung der Gesamtvergütung um mehr als 30 v. H. gegenüber dem bisher zu zahlenden vertraglichen Entgelt;
c) Honorarfestsetzungen, welchen eine grundsätzliche Bedeutung beizumessen ist. Ob ein grundsätzlicher Fall vorliegt, wird durch Beschluß der drei unparteiischen Mitglieder des Reichsschiedsamts entschieden.

C. Berufung kann auch eingelegt werden gegen Entscheidungen der Schiedsämter die nach dem 15. April 1921 und in den unter B a bezeichneten Fällen auch gegen Entscheidungen der Schiedsämter, die nach dem 1. Juni 1920 ergangen sind. Die Berufung muß in diesen Fällen spätestens einen Monat nach Veröffentlichung dieser Bestimmungen im Deutschen Reichsanzeiger und Preußischen Staatsanzeiger, beim Reichsschiedsamt eingelegt werden. Sie ist in diesen Fällen ausgeschlossen, wenn im Verfolg der Entscheidungen des Schiedsamts bereits eine endgültige vertragliche Regelung erfolgt ist.

D. Auf das Verfahren vor dem Reichsschiedsamt finden die §§ 5 bis 10 der Bestimmungen über den Zentralausschuß (Nr. 12 des Berliner Abkommens) nach Maßgabe einer vom Reichsschiedsamt zu erlassenden Geschäftsordnung Anwendung, die auch das sonst Erforderliche regelt.

Anstellung von Gewerbeärzten in Preußen.

Ein Beschluß des Preußischen Staatsministeriums v. 9. 9. 21 (Ges. S. S. 28) bestimmt: 1. Zur Unterstützung der technischen Gewerbeaufsichtsbeamten in gewerbehygienischen Fragen sowie zur Vertiefung der Kenntnisse der durch die gewerbliche Berufsarbeit bedingten krankhaften Veränderungen und deren Vorbeugung und Beseitigung sowie zum Ausbau allgemein gewerbehygienischer Aufgaben und Arbeitsgebiete werden für das Gebiet des Freistaates Preußen fünf Gewerbeärzte angestellt. 2. Die Gewerbeärzte sind unmittelbare Staatsbeamte und unterstehen der Aufsicht des für ihren Amtssitz zuständigen Regierungspräsidenten. Sie haben die im § 139b der Reichsgewerbeordnung den staatlichen Aufsichtsbeamten gegebenen Befugnisse, insbesondere die der jederzeitigen unangemeldeten Besichtigung der ihrer Aufsicht unterstellten Betriebe. Die näheren Vorschriften über ihre dienstliche Stellung, ihre Befugnisse und Obliegenheiten sowie ihre Amtsbezeichnung werden von dem Minister für Volkswohlfahrt, dem Minister für Handel und Gewerbe und dem Finanzminister erlassen. 3. Die Amtsbezirke und dienstlichen Wohnsitze der Gewerbeärzte werden von dem Minister für Volkswohlfahrt im Einvernehmen mit dem Minister für Handel und Gewerbe und dem Finanzminister bestimmt. 4. Die Vorschriften über die Vorbildung, Prüfung und Fortbildung der Gewerbeärzte erläßt der Minister für Volkswohlfahrt.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Aussetzung der Beitreibung von Beitragsrückständen auf Grund des § 1794 RVO.

1. **Nach W.** Antwort: Sie haben unsere wiederholt ausgesprochene Bitte hinsichtlich der Form der Anfragen (zu vgl. zuletzt Heft 4 S. 63) nicht beachtet und überdies den Inhalt Ihres Zweifels nicht mit der Rücksicht formuliert, auf die wir Anspruch erheben müssen. Sie muten uns zu, vier Folio-Schreibseiten zu lesen „mit der Bitte um Stellungnahme über die Frage der Zulässigkeit der Stundung", statt die Zweifelsfrage etwa dahin zu fassen: Wenn die Krankenkasse gemäß § 28 RVO. die Beitreibung eines Beitragsrückstandes veranlaßt und das Ersuchen des Schuldners um Stundung ablehnt, liegt dann hierin eine „Entscheidung" der Kasse, deren Vollzug das Versicherungsamt auf Grund des § 1794 RVO. aussetzen kann, wenn der Schuldner Einspruch erhoben hat? — Die Antwort auf diese Frage sei ausnahmsweise noch diesmal erteilt. In der Begründung zu § 1794 (§ 1742 des Entwurfs, S. 517) heißt es: „Von dieser Befugnis werden die Behörden namentlich dann Gebrauch machen, wenn Beitrags- oder Prämienbeschwerden vorliegen und die Aussetzung der Vollstreckung beantragt wird." Das setzt aber eine Beschwerde voraus, die sich gegen die Vollstreckbarkeit des Anspruchs richtet. Die Feststellung der Vollstreckbarkeit nämlich liegt dem Versicherungsträger als eine Amtspflicht bei Erlaß des Vollstreckungsersuchens ob; er schafft durch seine pflichtmäßigen Angaben über Grund und Betrag des Beitragsrückstandes den vollstreckbaren Titel, der die Grundlage der Zwangsbeitreibung ist (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr. Vers. Anm. 3 zu § 28 RVO.). Insofern trifft er daher eine Entscheidung. Aber darum handelt es sich hier nicht. Der Schuldner erhebt keinen Einspruch gegen die Zulässigkeit der Vollstreckung, sondern er begehrt Stundung der Beitragsforderung. Diese zu bewilligen ist die Kasse in geeigneten Einzelfällen und auf angemessene Zeit zwar befugt (zu vgl. Bescheid des RVA. in ArbVers. 1914 S. 668), aber nicht verpflichtet. Es handelt sich dabei lediglich um eine rechtsgeschäftliche Entschließung der Kasse als Gläubigerin, nicht um eine Entscheidung auf Grund ihrer obrigkeitlichen Aufgaben. Deshalb ist die Voraussetzung des § 1794 RVO. für die Aussetzung der Vollstreckung durch das vom Schuldner angerufene Versicherungsamt nicht gegeben.

Rückzahlung überhobener Gehaltsbezüge eines Kassenangestellten.

2. **Nach W.** Antwort: Sie haben uns abermals vier Folio-Schreibseiten eines Schriftwechsels statt der kurzen Frage vorgelegt: „Kann das Versicherungsamt bestimmen, bis wann und in welchen Teilbeträgen die Kasse den dem Angestellten ohne rechtlichen Grund gezahlten Betrag wiedereinzuziehen hat?" Die Antwort lautet: Das Aufsichtsrecht des Versicherungsamts erstreckt sich darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden (§ 30 RVO.). Das Gesetz ist durch die Überzahlung an den Angestellten verletzt. Nach strengem Rechte könnte das Versicherungsamt darauf dringen, daß diese Gesetzesverletzung sofort in vollem Umfange wieder ausgeglichen wird (zu vgl. § 23 Abs. 1 RVO.). Es kann daher nicht als eine Überschreitung, sondern nur als eine schonende Ausübung des Aufsichtsrechts angesehen werden, wenn das Versicherungsamt fordert, daß die Rückzahlung in bestimmten Teilbeträgen erfolgen und bis zu einem bestimmten Zeitpunkte erledigt sein soll.

Mängel der Wahl zum Kassenvorstande?

3. **Nach St.** Antwort: a) Die Wahl des Vorstandes ist eine Amtshandlung des Ausschusses. Sie erfolgt in einer Ausschußsitzung (§ 26 Abs. 1 Satz 2 der Musterwahlordnung f. OKKn.). Das Wahlrecht ist in Person auszuüben (§ 12 Abs. 1 und § 26 Abs. 2 a. a. O.), d. h. ein Ausschußmitglied kann

sich bei der Wahl nicht durch einen Bevollmächtigten vertreten lassen. Die Vertretung durch den gewählten Ersatzmann eines ausgeschiedenen Ausschußmitgliedes wird dadurch selbstverständlich nicht ausgeschlossen (§ 19 a. a. O.); und ebenso ist die Vertretung durch diesen Ersatzmann als Stellvertreter eines vorübergehend behinderten Ausschußmitgliedes nicht ausgeschlossen, wenn die Satzung eine entsprechende Bestimmung enthält (§ 79 Abs. 9 Satz 3 der Must.WahlOrdg.; zu vgl. Hahn Anm. zu § 10 RVO.). Fehlte es in Ihrer Satzung an einer solchen Bestimmung, so war die Einberufung des Ersatzmanns als Stellvertreter des erkrankten Ausschußmitgliedes unzulässig, und die Wahl ist infolge seiner Zulassung anfechtbar.

b) Die Wahlvorschriften für politische Wahlen verbieten zumeist die Auslegung oder Verteilung von Stimmzetteln im Wahlraum selbst. Das bezweckt den Schutz der Freiheit und Geheimheit der Wahl. Enthält aber Ihre Wahlordnung eine solche Ordnungsvorschrift nicht, so kann nur wegen der Verteilung von Zetteln im Wahlraum die Wahl kaum für ungültig erklärt werden, wenn nach den Verhältnissen im Wahlraum die Wähler tatsächlich nicht gehindert waren, unbeobachtet statt der verteilten Zettel andere in den Umschlag zu legen.

Kassenzugehörigkeit der im Viehhandel Beschäftigten.

4. **Nach Bünde.** Antwort: Die von einem Viehhändler in seinem Gewerbebetriebe Beschäftigten gehören selbstverständlich in die Ortskrankenkasse, auch wenn der Viehhändler nebenher Landwirtschaft betreibt. Der von Ihnen für die gegenteilige Ansicht angezogene § 417 Ziff. 2 RVO. bezieht sich gerade auf den umgekehrten Fall, daß Personen in einem landwirtschaftlichen Betriebe beschäftigt werden, der Nebenbetrieb eines gewerblichen Betriebes ist. Ihr Hinweis auf ArbVers. 1914 S. 315 ist unverständlich.

Versicherungspflicht von Mädchen, die in einem Wirtschaftsbetriebe häusliche Dienste leisten und einen geringen Betrag für Pension zahlen.

5. **Nach L.** Antwort: Die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist nach § 405 Abs. 2 RVO. endgültig. Eine weitere Beschwerde an das RVA. ist daher unzulässig. Ob das Oberversicherungsamt in der Sache selbst das Richtige getroffen hat, interessiert danach nur wegen der Möglichkeit, daß andere Personen unter gleichen oder ähnlichen Bedingungen in ein Beschäftigungsverhältnis bei der Frau des Oberamtmanns eintreten. Es handelt sich um junge Mädchen, die von Frau N. im Kochen und in der Führung des Haushalts unterwiesen werden, freie Kost und Wohnung erhalten, für das Jahr 700 M. Pension bezahlen und angeblich alle niederen häuslichen Arbeiten mit zu verrichten haben. Vorweg ist zu sagen, daß die Entscheidung des Oberversicherungsamts jedenfalls schon deshalb begründet ist, weil, wenn Versicherungspflicht anzunehmen ist, doch keinesfalls die Zuständigkeit der Landkrankenkasse gegeben erscheint, da die Mädchen weder in der Landwirtschaft oder in einem landwirtschaftlichen Nebenbetriebe, noch als Dienstboten beschäftigt werden (§§ 235, 918 ff. RVO.). Ob sie überhaupt versicherungspflichtig sind, ist eine andere Frage. Hierin würden wir anders urteilen als das Oberversicherungsamt. Der Geldbetrag von 700 M. für das Jahr deckt unter den gegenwärtigen Verhältnissen kaum den Wert der Kost und Wohnung für zwei Monate. Wenn also die Mädchen darüber hinaus freie Kost und Wohnung und obendrein auch noch Unterweisung erhalten, so ist anzunehmen, daß diese Leistungen ihnen als Gegenwert (Entgelt) für recht erhebliche Dienste in der Pensionswirtschaft gewährt werden, daß sie als Gehilfinnen in diesem Wirtschaftsbetriebe tätig sind, wenngleich ihre Beschäftigung nebenher auch ihrer Ausbildung dienen mag (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 559 Ziff. 11). Äußerstenfalls würde ein entgeltliches Lehrlingsverhältnis anzunehmen sein (zu vgl. Entsch. des RVA. in Arb.-Vers. 1918 S. 208). In dem einen wie im anderen Falle ist Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. begründet.

Wochen- und Stillgeld bei Zusammentreffen von Krankheit und Wochenbett.

6. **Nach H.** Frage: Eine kranke Versicherte ist am 7. Dezember 1921 ausgesteuert worden, sie hat also für 26 Wochen Krankengeld bezogen. Am 2. Dezember ist sie niedergekommen. Wie lange ist das Wochengeld und wie lange ist das Stillgeld zu zahlen?

Antwort: Nach § 195a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. in der Fassung des Ges. v. 29. 7. 21 müssen von den 10 Wochen des Wochengeldbezugs mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen. Daraus folgt, daß höchstens 4 Wochen auf die Zeit vor der Niederkunft entfallen dürfen, d. h. für diese Zeit gewährt werden können, wenn die Versicherte es beantragt (§ 1545 RVO.) und die Kasse es bewilligt. Da nun nach § 195a Abs. 2 neben dem Wochengelde für die Zeit nach der Entbindung Krankengeld nicht gewährt wird, woraus wiederum folgt, daß für die Zeit vor der Entbindung beide Leistungen nebeneinander zu gewähren sein würden, so hätte im vorliegenden Falle die Wöchnerin ein Interesse, den erwähnten Antrag zu stellen, um für die Zeit vom 4. 11. 21 bis 2. 12. 21 (dem Tage der Niederkunft) die Doppelleistung zu erhalten; die Kasse hätte dann je nachdem sie dem Antrage stattgibt oder nicht, Wochengeld noch bis zum 13. 1. 22 oder bis zum 10. 2. 22 zu gewähren; doch würde auf diese Zeiten in jedem Falle das für die Zeit v. 3. bis 7. 12. 21 bereits gewährte Krankengeld anzurechnen sein. — Das Stillgeld ist in jedem Falle, wenn die Voraussetzungen des § 195a Abs. 1 Ziff. 4 RVO. gegeben sind, vom 2. 12. 21 bis 6. 3. 22 zu zahlen.

Zur Gewährung von Sachleistungen der Wochenhilfe statt barer Beihilfen.

7. **Nach Eckernförde.** Antwort: Die Vorschrift des § 195a Abs. 1 Ziff. 1 RVO. in der Fassung des Gesetzes v. 29. 7. 21, wonach die Krankenkassen die bei Entbindungen oder Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werdende ärztliche Behandlung als Sachleistung zu gewähren haben, soll nach Art. V Abs. 1 Satz 1 des erwähnten Gesetzes erst durch besondere Bestimmung des RArbMin. in Kraft gesetzt werden. Da dies bisher noch nicht geschehen ist, erhalten die Berechtigten bis auf weiteres statt jener Sachleistung nach Satz 2 a. a. O. eine Beihilfe bis zum Betrage von 50 M. und ferner gemäß § 195a Abs. 2 den einmaligen Beitrag von 100 M. zu den Kosten der Entbindung. Damit ist aber selbstverständlich nur der Anspruch auf ärztliche Behandlung bei normalem Verlauf der Entbindung oder der Schwangerschaftsbeschwerden abgegolten. Bei regelwidrigem Verlauf von solcher Art, daß Krankheit anzunehmen ist, hat die Kasse, abgesehen von den Leistungen der Wochenhilfe, auf Grund des

§ 182 RVO. auch Krankenpflege, also insbesondere auch ärztliche Behandlung zu gewähren (zu vgl. auch Hoffmann, Wochenhilfegesetz, Anm. 4 zu § 195a S. 15). Irrig dagegen ist die Meinung der Ärzte, „daß die geburtshilflichen Leistungen bei Entbindungen in jedem Fall als Krankheit anzusehen sind und nicht unter das Wochenhilfegesetz fallen". — Übrigens ist darauf hinzuweisen, daß durch die erwähnte Vorschrift des Art. V die Ermächtigung der Kassenvorstände, statt der baren Beihilfen gemäß § 195c freie Behandlung durch Hebammen und Arzt nebst Arznei bei Niederkunft und Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren, nicht aufgehoben ist. (Ebenso Hoffmann a. a. O. Anm. 1 zu § 195c.)

Einwand des Vergleichs gegen einen Ersatzanspruch der Kasse aus § 1542 RVO.

8. **Nach Erding.** Antwort: Der Anspruch des Versicherten auf Schadenersatz wegen Körperverletzung ist in Höhe der Aufwendungen der Krankenkasse auf diese übergegangen (§ 1542 RVO.). Auf den Übergang findet nach § 412 BGB. auch die Vorschrift des § 407 BGB. Anwendung. Danach muß die Kasse den zwischen dem Versicherten und dem Schuldigen geschlossenen Vergleich gegen sich gelten lassen, es sei denn, daß der Schuldner (der Schädiger) von dem Übergange der Forderung auf die Kasse Kenntnis hatte. Diese Kenntnis ist ohne weiteres anzunehmen, wenn der Schädiger beim Abschluß des Vergleichs wußte, daß der Verletzte Mitglied einer Krankenkasse war (zu vgl. Lehmann, Anm. 13 zu § 1542 und die dort angeführten Entscheidungen). Ist also solche Kenntnis nach den Umständen des Falles anzunehmen, so braucht die Kasse den Vergleich nicht anzuerkennen und kann gegen den Schädiger auf Ersatz klagen.

Zur Auseinandersetzung zwischen Krankenkassen bei Ausscheidung eines Kassenteils.

9. **Nach Ettenheim.** Antwort: a) Ihre Anfrage und Ihre Stellungnahme in der Ausscheidungssache beruht auf Verkennung der maßgebenden Gesetzesvorschriften. Es liegt ein Fall der Ausscheidung nach § 298 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. vor. Grundsätzlich hat hiernach gemäß Abs. 2 a. a. O. eine Auseinandersetzung unter entsprechender Anwendung der §§ 286 bis 307 zu erfolgen. Nur bei unerheblichen Änderungen (abgesehen von § 271) kann nach Abs. 3 des § 298 die Auseinandersetzung mit Zustimmung der beteiligten Kassen unterbleiben. Ein solcher Fall liegt aber nicht vor; denn die beiden in Frage kommenden Kassen wollen keineswegs wegen Unerheblichkeit der Änderung in der Kassenorganisation von jeder Auseinandersetzung absehen, sondern sie wollen vielmehr eine zwischen ihnen getroffene private Vereinbarung über die Auseinandersetzung zur Geltung bringen. Dies konnte nur im Rahmen des Auseinandersetzungsverfahrens vor dem Versicherungsamt unter Beachtung der §§ 285 ff. geschehen. In diesem Verfahren haben beide Kassen vor dem Versicherungsamt nochmals erklärt, „daß sie sich auf den Boden der erwähnten Vereinbarung stellen und daß eine Auseinandersetzung unterbleiben soll". Das ist ein Widerspruch in sich, weil eben die Vereinbarung tatsächlich eine Auseinandersetzung bedeutet. Die Vereinbarung im Rahmen des Verfahrens aber bedurfte noch nach § 286 Abs. 3 der Zustimmung der Kassenausschüsse sowie der Genehmigung des Versicherungsamts, die schon deshalb nicht erfolgen durfte, weil die Vereinbarung sich auch auf Punkte bezog, die nicht Gegenstand der Auseinandersetzung sein konnten. Da hiernach eine gültige Vereinbarung nicht zustande gekommen ist, hat mit Recht der Beschlußausschuß gemäß § 287 den Auseinandersetzungsbeschluß gefaßt. Einer nochmaligen Anhörung der Kassen bedurfte es nicht. Sollten wirklich andere Versicherungsämter entsprechende Vereinbarungen, wie die im vorliegenden Falle getroffenen, genehmigt haben, so hätten sie eben geirrt.

b) Wenn infolge der Ausscheidung Wöchnerinnen während des Bezugs der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit wechseln, so bleibt nach der neuesten Fassung des § 195a Abs. 3 RVO. die bisherige Kasse für die weitere Leistung zuständig, ohne daß hierbei § 212 RVO. gilt.

Durchschneiden eines Fingerringes ärztliche Behandlung?

10. **Nach Gelnhausen.** Antwort: Ärztliche Behandlung ist eine Tätigkeit, die eine Einwirkung auf den Körper zur Heilung oder Linderung eines Leidens bezweckt. Sie muß ausgeübt werden vom Arzt oder von seinen Gehilfen. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 4a zu § 182.) Ihr zugerechnet werden allerdings auch die Maßnahmen, die erforderlich sind, um sie zu ermöglichen. Immer aber muß es sich bei der Leistung einer Hilfsperson um Tätigkeiten handeln, die „auch in der herkömmlichen Tätigkeitssphäre des Arztes liegen" (Rosin, Recht der Arbeiterversicherung I S. 376, 377, Hahn, a. a. O., Anm. 4b). Mußte, um die sachgemäße Behandlung des kranken Fingers zu ermöglichen, der Trauring des Versicherten durch einen Goldschmied durchtrennt und entfernt werden, so gehören die hierdurch entstandenen Kosten nicht zu den Kosten der ärztlichen Behandlung. Anders läge die Sache, wenn der Ring etwa durch Eindringen in das Fleisch die Krankheit verursacht hätte. Dann handelt es sich um die Beseitigung eines Fremdkörpers durch den Arzt selbst (nicht anders als z. B. bei dem Herausholen des Geschosses aus der Wunde oder eines Splitters aus dem Auge). Die hierbei dem Arzte geleistete Hilfe wäre Teil der ärztlichen Behandlung.

Erfüllung der Wartezeit für die Invalidenrente.

11. **Nach Saarlouis.** Antwort: Die Wartezeit dauert, vorausgesetzt, daß mindestens 100 Marken auf Grund der Versicherungspflicht entrichtet sind, 200 Beitragswochen (§ 1278 RVO.). Falls der Versicherte durch seine Verwundung zunächst vorübergehend invalide war, worüber ein ärztliches Gutachten einzuholen sein wird, würde ihm die Zeit der vorübergehenden Invalidität bis zur Dauer von 26 Wochen auf die Wartezeit angerechnet werden können. (Vgl. Düttmann, Kommentar zur RVO. 11. Aufl. Bd. IV Anm. 28 zu § 1255.) Der Versicherte soll am 1. 8. 1896 geboren sein; dann begann seine Versicherungspflicht frühestens am 1. 8. 1912. Er hat also bis zu seiner Verwundung gar nicht 176 Beitragswochen verwenden können. Falls nicht ein Schreibfehler in den mitgeteilten Daten vorliegt, sind Marken vor der Vollendung des 16. Lebensjahres verwendet worden, also ungültig. In diesem Falle könnte die Wartezeit für die Invalidenrente nicht erfüllt sein.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1346 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. März 1922 | Heft 8

Invalidenversicherungspflicht der Bureauangestellten.

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg.

Das J. und AVG. vom 22. 6. 89 führte im § 1 unter denjenigen Personen, auf die die Versicherungspflicht erstreckt wurde, Angestellte im allgemeinen und Bureauangestellte im besonderen nicht auf. Die Rechtsprechung rechnete aber die Bureauhilfsarbeiter zu den Gehilfen im Sinne des § 1 Nr. 1 des Gesetzes und erklärte sie damit für versicherungspflichtig. (Zu vgl. z. B. RVA. 242, AmtlNachr. 1893 S. 89.) Im JVG. vom 13. 7. 99 wurde als neue Gruppe der invalidenversicherungspflichtigen Personen neben den Betriebsbeamten, Werkmeistern, Technikern und Handlungsgehilfen noch „sonstige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet“ genannt. Nach der Entstehungsgeschichte des Gesetzes ist diese Änderung zur Beseitigung der Ungleichheit herbeigeführt, daß Personen in zwar abhängiger, aber doch die der eigentlichen Arbeiter usw. überragender Stellung versicherungsrechtlich verschieden beurteilt werden mußten, je nachdem, ob sie einem „Betrieb“ angehörten oder nicht. Die Gesetzesänderung traf hauptsächlich diejenigen, die innerhalb eines nicht unter die Bezeichnung „Betrieb“ fallenden, aber ähnlich gearteten Inbegriffs von Geschäften eine von dessen Leitung abhängige und durch sie näher bestimmte Stellung einnehmen, gleichwohl aber nach der Art ihrer Tätigkeit nicht mehr zur Klasse der niederen, lediglich ausführenden Hilfsarbeiter gezählt werden können, anderseits auch nicht eine höhere, mehr wissenschaftliche Tätigkeit ausüben. Zu diesen Angestellten gehörten hauptsächlich die Bureauangestellten. (Anleitung des RVA. vom 26. 4. 12 Ziff. 43.) Versicherungsrechtlich zerfielen also die Bureauangestellten nunmehr in zwei Gruppen, nämlich die Gehilfen und die „sonstigen Angestellten“; diese waren nur versicherungspflichtig, soweit ihr Jahresarbeitsverdienst den Betrag von 2000 M. nicht überstieg, jene ohne Rücksicht auf die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes. Besondere Schwierigkeiten für die Praxis ergaben sich aus dieser Unterscheidung in bezug auf die Bureauangestellten nicht, da die meisten Bureauangestellten nicht mehr als 2000 M. im Jahre verdienten und deshalb in jedem Falle versicherungspflichtig waren.

Die RVO. hat die Fassung des Gesetzes geändert, und zwar werden die „sonstigen Angestellten“ jetzt als „andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung“ bezeichnet. Durch diese Fassungsänderung wurde der Begriff der „Angestellten“ nicht verändert, sondern nur einer redaktionellen Änderung unterzogen. (RVA. vom 29. 7. 14 und Entsch. u. Mitt., Bd. 5, S. 237.)

Im Entwurf des AngestVersGes. war die Fassung die gleiche, wie in der RVO. Wäre diese Fassung Gesetz geworden, so wären die Bureauangestellten versicherungsrechtlich ebenso zu beurteilen gewesen wie nach § 1226 RVO. Vom Reichstage wurden aber zu den

„anderen Angestellten in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung" noch die „Bureauangestellten, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden", hinzugefügt. Diese Änderung verfolgte das Ziel, die Bureauangestellten in weiterem Umfange zur Angestelltenversicherung heranzuziehen, als es nach der Fassung der RVO. und dem Entwurf des AngestVersGes. der Fall gewesen wäre. In den Kommissionsverhandlungen wurde darauf hingewiesen, daß bei der Fassung des Entwurfs ein großer Teil der Bureauangestellten nicht unter das Gesetz fallen würde, obwohl gerade die Verbände der Bureauangestellten einen sehr großen Teil derjenigen bildeten, die das Gesetz erstrebten. Es war sogar in der Kommission der Antrag gestellt, alle mit schriftlichen Arbeiten im Bureau Beschäftigten in die Angestelltenversicherung einzubeziehen. Die jetzige Fassung wurde gewählt, weil die reinen Abschreiber frei bleiben sollten.

In der Rechtsprechung hat das AngestVG. folgende Auslegung erfahren. Unter niederen Dienstleistungen im Sinne des § 1 Ziff. 2 AngestVG. sind nur gewöhnliche Boten- und Pförtnerdienste, Reinigungs-, Aufräumungs- und ähnliche Arbeiten zu verstehen. Angestellte, die mit diesen Arbeiten beschäftigt werden, unterliegen auch dann nicht dem Versicherungszwange, wenn sie nebenbei gelegentlich schriftliche, nicht mechanische Arbeiten ausführen. Als mechanische Dienstleistungen kommen nur die reinen Abschreibearbeiten nach Vorlage oder Diktat in gewöhnlicher Schrift oder unter Benutzung der Schreibmaschine in Betracht. Wenn jedoch daneben nicht mechanische Tätigkeiten verrichtet werden, so besteht Angestelltenversicherungspflicht, und zwar auch dann, wenn der überwiegende Teil der Arbeitsleistungen der Angestellten mechanisch zu erledigen ist und in reiner Abschreibearbeit besteht. Denn nach dem Wortlaut des Gesetzes sind nur die mit l e d i g l i c h mechanischen Dienstleistungen befaßten Personen versicherungsfrei. Demzufolge sind alle diejenigen Angestellten angestelltenversicherungspflichtig, welche neben reinen Abschreibearbeiten kurze Meldungen, kleine Schreiben zu entwerfen oder nach kurzen Angaben niederzuschreiben haben, ferner Stenotypistinnen, welche Schriftsätze, Klagen und Briefe nach Diktat zu stenographieren und die aufgenommenen Stenogramme auf der Schreibmaschine zu übertragen haben. Sofern die Angestellten Bücher (Materialabrechnungsbuch, Gerätebuch, Arbeits- und Bestellbuch u. a.) zu führen und Listen (Arbeits-, Lohn- und Materialienlisten usw.) aufzustellen haben, sind sie ebenfalls versicherungspflichtig. Die Führung von Tagebüchern und Terminverzeichnissen sowie die Aktenverwaltung in Registraturen sind Dienstleistungen, die nicht als rein mechanische anzusehen sind und demnach Angestelltenversicherungspflicht begründen. Auch die rechnerische und registrierende Tätigkeit, z. B. im statistischen Bureau, ist versicherungspflichtig. Der Umstand, daß alle diese Arbeiten unter Aufsicht und Verantwortung eines anderen oder nach dessen Angaben ausgeführt werden, drückt sie nicht zu lediglich mechanischen herab. Zu den Bureauangestellten gehören auch die Bureaulehrlinge. Diese sind also angestelltenversicherungspflichtig, wenn sie die vorstehend als versicherungspflichtig bezeichneten Tätigkeiten ausüben. (Zu vgl. L a ß, Die Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts für Angest. Vers., S. 63 bis 68.)

Für die Entscheidung, ob Bureauangestellte invalidenversicherungspflichtig sind, sind das AngestVG. und die dazu ergangene Rechtsprechung selbstverständlich ohne Einfluß; die Invalidenversicherungspflicht hing also nach wie vor nicht davon ab, ob lediglich reine Abschreibearbeit verrichtet wurde, sondern ob der Bureauangestellte den Gehilfen oder den anderen Angestellten zuzuzählen war. Größere Schwierigkeiten in der Praxis entstanden aber auch nach Inkrafttreten des AngestVG. noch nicht, denn diejenigen Bureauangestellten, bei denen es zweifelhaft sein konnte, ob sie Gehilfen oder Angestellte waren, verdienten durchweg nicht mehr als 2000 M., sie waren also in jedem Falle inva-

lidenversicherungspflichtig, mochten sie gleichzeitig angestelltenversicherungspflichtig sein oder nicht.

Durch die Erhöhung der Gehälter und Löhne hat sich die Sachlage verändert. Da es Personen, die weniger als 2000 M. jährlich verdienen, kaum noch gibt, ist die Doppelversicherung, die früher für drei Viertel der versicherten Angestellten bestand, jetzt praktisch in der Hauptsache beseitigt. Die „Angestellten" im Sinne des AngestVG. sind damit aus der Invalidenversicherungspflicht ausgeschieden und unterliegen nunmehr — von besonderen Einzelfällen abgesehen — nur noch der Angestelltenversicherungspflicht. Eine Ausnahme hiervon bilden aber infolge der oben erörterten Abweichung der Fassung des AngestVG. von der der RVO. die Bureauangestellten; diese unterliegen zufolge besonderer Vorschrift der Angestelltenversicherungspflicht auch dann, wenn sie auf dem Gebiete der Invalidenversicherung als Gehilfen anzusehen sind — mit Ausnahme der Abschreiber — und deshalb der Invalidenversicherungspflicht ohne Rücksicht auf die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes unterliegen. Die Doppelversicherung besteht hier also fort. Die praktische Bedeutung dieses Ergebnisses ist um so größer, als einerseits infolge gewaltiger Zunahme der Arbeit bei vielen Behörden, anderseits wegen des Bestrebens, die Zahl der Beamtenstellen nicht weiter zu vermehren, die Zahl der Bureauangestellten jetzt offenbar erheblich größer ist als früher.

Bei der Prüfung der Invalidenversicherungspflicht der Bureauangestellten muß also in jedem Falle entschieden werden, ob sie den Gehilfen oder den „anderen Angestellten" zuzuzählen sind, während die Tatsache, ob die Angestelltenversicherungspflicht von den dafür zuständigen Organen anerkannt ist, als unerheblich außer Betracht bleiben muß.

Für den Begriff des Gehilfen ist wesentlich, daß nur Hilfe unter fremder Leitung geleistet wird. Wem ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen ist, innerhalb dessen er in der Hauptsache nach eigenem Ermessen und auf eigene Verantwortung zu handeln hat, ist demnach nicht Gehilfe. Deshalb sind z. B. Kontrollbeamte der Landesversicherungsanstalten, Rechnungsführer der Krankenkassen, Vorsteher von Arbeitsnachweisen, Eichamtsvorsteher und Eichmeister, Postagenten, Kassenführer, Gemeinderechnungsführer und in ähnlicher Stellung befindliche Personen zweifellos keine Gehilfen, sondern „andere Angestellte" (Anltg. des RVA. Ziff. 38). Ebenso zweifellos ist, daß die reinen Abschreiber nur Gehilfen sind und Gehilfen auch dann bleiben, wenn sie daneben noch andere Bureauarbeiten leisten.

Zweifel entstehen meist bei den Bureauhilfsarbeitern, die nicht Abschreibearbeit, sondern andere Bureauarbeiten leisten. Bei der Entscheidung wird man das Hauptgewicht nicht auf die Schwierigkeit der Arbeit zu legen haben, nicht darauf, ob diese Arbeit sich als eine höhere oder niedere, mechanische oder nicht mechanische darstellt, zumal die Auffassung darüber, ob das eine oder andere der Fall ist, meist sehr verschieden zu sein pflegt. Entscheidend muß vielmehr sein, ob der Bureauangestellte nur Hilfe unter fremder Leitung leistet, oder ob ihm ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen ist, in welchem er in der Hauptsache unter eigener Verantwortung tätig ist. Das Gesetz spricht von Betriebsbeamten, Werkmeistern und anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung. Der Wortlaut des Gesetzes vergleicht also nicht die Tätigkeit, die die Angestellten leisten, mit der der Betriebsbeamten und Werkmeister, sondern verlangt nur eine ähnlich gehobene Stellung, wie sie Werkmeister und Betriebsbeamte dem nur ausführenden Personal gegenüber haben. Ein Bureauangestellter, der nur unter ständiger Leitung und Aufsicht eines anderen Hilfe leistet, hat aber nicht die Stellung eines Betriebsbeamten oder Werkmeisters, sondern die eines einem Werkmeister oder Betriebsbeamten unterstellten Gehilfen. Er kann daher nur als Gehilfe angesehen werden, selbst wenn die Arbeit, die er leistet, nicht als mechanische anzusprechen ist. Hiernach würde ich z. B. einen Bureauangestellten, der ein kleineres

städtisches Einwohnermeldeamt selbständig leitet, als „anderen Angestellten“, seine Hilfskraft aber, die zwar im allgemeinen dieselbe Arbeit tut, aber nur unter ständiger Leitung und Aufsicht des anderen, als Gehilfen ansehen.

Auch hiernach ist die Entscheidung, ob ein Bureauangestellter als Gehilfe oder als sonstiger Angestellter anzusehen ist, im einzelnen Falle noch schwer genug, und zwar nicht nur deshalb, weil die Ansichten darüber, ob jemand einen selbständigen Wirkungskreis hat, nicht selten verschieden sein werden, sondern auch, weil die Verhältnisse sehr von der Person des Vorgesetzten, d. h. von seiner Gewissenhaftigkeit oder Vorsicht, abhängig sind, und sich auch häufig ändern werden. Und eine solche Änderung kann nicht nur bei einem Stellenwechsel des Angestellten eintreten, sondern auch schon bei einer Versetzung in ein anderes Bureau derselben Behörde, bei einem Wechsel des Vorgesetzten und besonders auch bei der weiteren Entwicklung der Kenntnisse, Fähigkeiten und der Zuverlässigkeit des Angestellten. So wird man nicht selten dahin kommen, einen Bureauangestellten versicherungsrechtlich zu verschiedenen Zeiten verschieden zu beurteilen.

Einen Anhalt für die Entscheidung der Frage, ob ein Bureauangestellter Gehilfe oder „anderer Angestellter“ ist, können die mit den Angestellten abgeschlossenen Tarifverträge bilden. Nach dem mit dem Tarifvertrag für die Angestellten im Reichsdienst übereinstimmenden Teiltarifvertrag für die Angestellten bei der Oldenburgischen Staatsverwaltung, der für alle Angestellten gilt, welche eine der im § 1 Abs. 1 AngestVG. angeführten Beschäftigungen gegen Entgelt ausüben, auch wenn sie nicht versicherungspflichtig sind, ferner auch für die mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigten Bureauangestellten, sind die Bureauangestellten wie folgt in die Vergütungsgruppen eingereiht:

V e r g ü t u n g s g r u p p e I: Angestellte im Bureau-, Registratur-, Buchhalterei- und Kassendienst mit vorwiegend mechanischer Tätigkeit.

V e r g ü t u n g s g r u p p e II: Angestellte im Bureau-, Registratur-, Buchhalterei- und Kassendienst mit einfacherer Tätigkeit.

V e r g ü t u n g s g r u p p e III: Angestellte im Bureau-, Registratur- und Kassendienst, soweit nicht anderweit eingereiht.

V e r g ü t u n g s g r u p p e IV: Angestellte im Bureau-, Registratur- und Kassendienst mit gründlichen Fachkenntnissen und selbständigen Leistungen.

V e r g ü t u n g s g r u p p e V: Angestellte im Bureau-, Registratur- und Kassendienst mit gründlichen Fachkenntnissen und selbständigen Leistungen in der Tätigkeit von Obersekretären.

V e r g ü t u n g s g r u p p e VI: Bureau-, Kassen- und Buchhaltereivorsteher von besonderer Bedeutung.

Richtige Einreihung vorausgesetzt, können Angestellte der Vergütungsgruppe I zweifellos nur als Gehilfen im Sinne des § 1226 RVO. angesehen werden. Dasselbe muß auch für die Angestellten der Vergütungsgruppe II angenommen werden, denn wer nur eine einfache Tätigkeit ausübt, hat nicht eine ähnlich gehobene Stellung wie ein Betriebsbeamter. Die Angestellten der Vergütungsgruppe IV sind bereits den „anderen Angestellten“ zuzuzählen, denn es werden von ihnen gründliche Fachkenntnisse und selbständige Leistungen verlangt. Zweifelhaft bleibt die Frage hiernach bei den Angestellten der Vergütungsgruppe III. Ich bin geneigt, sie den Gehilfen zuzuzählen, denn wenn ihre Arbeiten auch nicht „einfachere“ sind, so werden doch von ihnen gründliche Fachkenntnisse und selbständige Leistungen nicht verlangt. Wer aber unselbständig, d. h. unter Leitung und Aufsicht eines anderen, ist Gehilfe. Für diese Auffassung spricht auch der Vergleich mit der Einreihung der technischen Angestellten in die Vergütungsgruppen; in die Vergütungsgruppe IV kommen nämlich erst technische Angestellte mit abgeschlossener technischer Mittelschulbildung oder gleichwertige Kräfte mit entsprechender Tätigkeit.

Mir scheint, daß man in der Praxis am

weitesten kommt, wenn man sich an diese Vergütungsgruppen hält, vorbehaltlich einer abweichenden Beurteilung von besonderen Fällen. Es werden schwierige Feststellungen über die Tätigkeit und Stellung der Angestellten vermieden, die häufig von den Behörden nicht gerne gesehen werden und auch trotz eingehender Ermittlungen nicht immer ein richtiges Bild von der Stellung der Angestellten geben, da der Dienstbetrieb bei den einzelnen Behörden zu verschieden und die Tätigkeit der Angestellten nicht zu allen Zeiten gleichartig ist. Durch die Einreihung in die Vergütungsgruppen hat aber die Behörde selbst entschieden, wie sie die Tätigkeit ihrer Angestellten bewertet.

Bei anderen Gruppen von Angestellten — z. B. den von Rechtsanwälten beschäftigten Angestellten — wäre die Sache in ähnlicher Weise zu beurteilen.

Die Folge dieser Auffassung ist, daß die große Mehrheit der Angestellten doppelt versichert ist, wie sie es vor Eintritt der Gehaltserhöhungen auch war.

Das Ergebnis ist unbefriedigend; es ist die Folge davon, daß das AngestVG. weite Schichten der Bureauangestellten für angestelltenversicherungspflichtig erklärt hat, die auf dem Gebiete der Invalidenversicherung als Gehilfen anzusehen sind. Die jetzige Rechtslage bedarf dringend der Änderung. Früher war die Doppelversicherung unbedenklich, da ohnehin drei Viertel der Angestellten doppelt versichert und die Beiträge zur Angestelltenversicherung diesen Verhältnissen angepaßt waren. Bei der jetzigen Höhe der Beiträge ist die Doppelversicherung für die Bureauangestellten eine zu große Last, zumal von den bei Behörden tätigen Angestellten ein großer Teil später in Beamtenstellen aufrückt und damit aus der Versicherungspflicht ausscheidet.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur Frage der Versicherungspflicht der sog. „Hebevertreter" einer Versicherungsgesellschaft.

Entscheidungen der Oberversicherungsämter a) **Oppeln** v. 2. August 1921; b) **Königsberg** v. 8. Oktober 1921; c) **Danzig** v. 14. Dezember 1921.

a)

Die Geschäftsstelle einer großen Versicherungsgesellschaft in K. ist vom Versicherungsamt mit einer Geldstrafe von 20 M. belegt worden, weil sie den bei ihr seit dem 16. Dezember 1920 beschäftigten Inkasso a g e n t e n (nicht Inkasso b e a m t e n) Alexander Z. nicht zur Allgemeinen Ortskrankenkasse in K. angemeldet hatte. Die Direktion der Gesellschaft in Berlin hat gegen die Strafverfügung Beschwerde eingelegt, weil der fälschlich als Inkasso b e a m t e bezeichnete Alexander Z. nicht versicherungspflichtig sei, und stützt sich hierbei auf die Entscheidungen des RVA. vom 13. August 1901 und vom 10. April 1909.

Nach den von der Gesellschaft eingereichten Vorgängen, insbesondere nach den von dem Agenten eingegangenen Verpflichtungen (Vertreterschein bzw. Hebevertreterschein), liegt eine persönliche Abhängigkeit und Gebundenheit der Agenten gegenüber der Versicherungsgesellschaft nicht vor. Die Agenten sind nicht verpflichtet, einen bestimmten Teil ihrer Zeit auf die Agenturgeschäfte zu verwenden oder eine bestimmte Zahl von Abschlüssen zu erzielen. Sie gehen ihren Geschäften nur nach, soweit es ihre Zeit erlaubt und sie Lust und Gelegenheit dazu haben. Auch können die Agenten nach den von ihnen eingegangenen Verpflichtungen während der Dauer des Vertragsverhältnisses für andere Gesellschaften usw. arbeiten, allerdings nur in Geschäftszweigen, die die Gesellschaft nicht führt. Nach Ziffer IV des Hebevertreterscheins, der für den Agenten Z. in Frage kommt, hat die Ablieferung der Kassenbestände auf das Postscheckkonto zu erfolgen: sobald die Direktion usw. es verlangt, wenn der Kassenbestand 150 M. erreicht und regelmäßig am Abrechnungstage, o d e r wenn der Vertreter persönlich bei der Geschäftsstelle erscheint, ohne Rücksicht auf die Höhe des Betrages.

Dahingegen behauptet die Allgemeine Ortskrankenkasse, daß die Erledigung der Dienstgeschäfte der Vertreter genau dieselbe sei wie früher (d. h. vor dem 31. Oktober 1920). Die Gesellschaft weist hierbei nach, daß der Einnehmerhebebetrieb bei der Haupthebestelle K. am 31. Oktober 1920 stillgelegt

worden ist und daß mit diesem Tage die bei ihr beschäftigten Einnehmer aus ihrem Dienstverhältnis ausgeschieden sind. Z. werde bei ihr seit 16. Nov. 1920 auf Grund der neuen Hebevertreterscheine beschäftigt, also daß die in der Stadt tätigen Vertreter täglich, die übrigen 1—3 mal wöchentlich bei der Geschäftsstelle zwecks Abrechnung erscheinen müssen. Die Vertreter müßten auch jetzt ebenso wie früher der Geschäftsleitung pünktlich zur Verfügung stehen und würden wegen geringfügigen Zuspätkommens getadelt.

Zur Feststellung, ob neben der von den Vertretern eingegangenen Hauptverpflichtung (Hebevertreterschein) noch Nebenverpflichtungen beständen, hat gegenüber der obigen Behauptung der Kasse ein bei der Geschäftsstelle in K. beschäftigter Inkassoagent (Z. hat bereits am 11. Januar 1921 seinen Dienst bei der Gesellschaft aufgegeben) verhandlungsschriftlich ausgesagt:

1. Ein festes Gehalt beziehen die Agenten nicht; die Entschädigung richte sich nach dem Abschluß von Verträgen bzw. nach der Höhe der eingezogenen Beiträge der verschiedenen Versicherungsarten und werde in bestimmten Prozenten ausgedrückt.
2. Sie können in ihrer freien Zeit für andere Geschäfte tätig sein, die die Gesellschaft nicht führt.
3. Ihnen sei eine bestimmte Zeit zum Erscheinen im Bureau oder bei einer bestimmten Summe der einkassierten Beiträge nicht vorgeschrieben; es sind nur bestimmte Stunden vorgeschrieben, die am Tage oder auch am nächsten Tage eingehalten werden müssen.
4. Auch treffe es nicht zu, daß die Vertreter sich täglich und pünktlich der Geschäftsstelle zwecks Abrechnung zur Verfügung stellen müssen, wie es früher der Fall war, als die Agenten gegen festes Gehalt angestellt waren und sich in eine Anwesenheitsliste eintragen mußten.
5. Die Agenten können im Einvernehmen mit der Kundschaft von ihr die Versicherungsbeiträge für mehrere Wochen oder auch Monate im Voraus erheben, wodurch sie in der kommenden Zeit mehr Gelegenheit haben, ihren Nebenbeschäftigungen nachzugehen.

Nach den vorstehenden Ausführungen und in Verbindung mit der bisherigen Rechtsprechung, wobei auf die Entsch. des RVA. vom 10. April 1909 (Amtl. Nachr. S. 549), die auch für diesen Fall zutrifft, hingewiesen wird, ist der Inkassoagent (Hebevertreter) Alexander Z. als selbständiger Gewerbetreibender anzusehen und unterliegt daher der gemäß § 165 der RVO. vorgeschriebenen Krankenversicherungspflicht nicht. Die Geschäftsstelle war daher nicht verpflichtet, den genannten Vertreter zur Krankenkasse anzumelden. Die Strafverfügung war deshalb aufzuheben.

b)

Die Klägerin (Ortskrankenkasse) verkennt immer wieder den grundlegenden Unterschied zwischen kontraktlich angestellten Einnehmern und den in einem freien Vertragsverhältnis stehenden Inkassoagenten. Erstere sind verpflichtet, für die Gesellschaft zu arbeiten, während letztere nur zu arbeiten berechtigt sind und nur zu arbeiten brauchen, wann und in welchem Maße es ihnen paßt. Dort die Verpflichtung zu genau geregelter Arbeit, hier der freie Wille und die Befugnis, sich die Arbeit nach Belieben einzuteilen.

Es muß zwar zugegeben werden, daß die Inkassoagenten — frühere Einnehmer — vielfach noch nach ihrer früheren Art weiterarbeiten, d. h. nur für die Inkassotätigkeit ihre ganze Zeit aufwenden und daraus ihren Lebensunterhalt bestreiten. Dieser Umstand wird aber aufhören, sobald die Inkassoagenten sich ihrer jetzigen selbständigen Stellung voll bewußt werden und den Nutzen, für dritte Personen ungehindert arbeiten zu können, erkennen werden. Aus diesem Umstand kann keineswegs das Bestehen eines festen Arbeitsverhältnisses gefolgert werden.

Die weiteren Einwendungen der Klägerin, daß die Inkassoagenten dieselben Formulare verwenden wie die Einnehmer, auch ihre alte Uniform weiter tragen, ist für die Beurteilung belanglos. Wie die Beklagte mitteilte, hat sie mit Rücksicht auf die heutigen Teuerungsverhältnisse entgegenkommenderweise verschiedenen früheren Einnehmern gestattet, die ihnen seinerzeit gelieferte und schon abgenutzte Dienstkleidung völlig aufzutragen.

Gegen die Annahme der Krankenversicherungspflicht der Inkassoagenten haben inzwischen auch andere Oberversicherungsämter sowie Schlichtungsausschüsse, Demobilmachungskommissare, Gewerbegerichte und Kaufmannsgerichte ähnliche Entscheidungen getroffen.

c)

Es ist dem Versicherungsamt darin durchaus beizutreten, daß die bloße Bezeichnung als „Hebevertreter“ für die Frage der Versicherungspflicht nicht entscheidend sein kann, daß es vielmehr auf die besondere Art der vertraglichen Bindung ankommt, in der sie zu der Gesellschaft stehen. Allein das Versicherungsamt hat dabei die Änderung nicht zutreffend gewürdigt, die seit dem 1. November 1920 in dem Verhältnis der Vertreter zur Gesellschaft eingetreten ist. Bis dahin waren sie ohne Zweifel in weit stärkerem Maße gebunden als seitdem, und gerade die persönliche Gebundenheit ist für die Frage, ob Krankenversicherungspflicht nach § 165 1 und 2 vorliegt, nach Ansicht des OVA. weit entscheidender als die wirtschaftliche Abhängigkeit, in der sich auch äußerlich völlig selbständige Kaufleute oder Gewerbetreibende ihren Lieferanten oder Auftrag-

gebern gegenüber befinden können. Durch die Änderung, die das Verhältnis zwischen der Gesellschaft und den Hebevertretern vom 1. November 1920 ab durch die neue Regelung erfahren hat, ist vielmehr unverkennbar an die Stelle der früheren Gebundenheit eine weitgehende persönliche Freiheit getreten, deren Kehrseite wiederum die Aufhebung der früher eingeführten festen Besoldung und ihr Ersatz durch Gebühren ist, die in Prozenten der eingezogenen Einnahmen bestehen, deren Höhe also sehr wesentlich von dem eigenen Eifer und der Betriebsamkeit der Vertreter abhängt. Die Bestimmungen, denen sich nach dem vorgelegten Vertreterschein der Hebevertreter bei Übernahme der Vertretung unterwirft, stellen im wesentlichen nur die allgemein üblichen Verpflichtungen, angewendet auf den besonderen hier in Betracht kommenden Geschäftszweig, dar, denen jeder unterliegen würde, der eine geschäftliche Vertretung übernimmt. Im übrigen sind die Vertreter in der Abwicklung der Geschäfte, in der Verfügung über ihre Zeit, in der Heranziehung von Hilfskräften, frei. Ja, sie dürfen ausdrücklich auch für andere Gesellschaften oder Anstalten Vertretungen übernehmen, nur muß es sich alsdann um andere Geschäftszweige handeln, als die Gesellschaft wahrnimmt. Diese Einschränkung gibt dem Verhältnis nicht die Natur besonderer Abhängigkeit, sondern dient ebenso sehr dem Vertreter selbst, indem sie ihn vor dem Zusammenstoß gleichartiger Vertragspflichten gegen verschiedene Auftraggeber bewahrt, wie dem geschäftlichen Vorteil der Vertretenen.

Ist aber hiermit das Rechtsverhältnis zwischen den Hebevertretern und der Beschwerdeführerin, wie es sich seit dem 1. November 1920 auf Grund des Vertreterscheins darstellt, zutreffend wiedergegeben, so können jene nicht mehr als unselbständige Gehilfen der Beschwerdeführerin im Sinne von § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. angesehen werden. Demgegenüber ist es belanglos, wenn einzelne Vertreter ihre Aufgaben noch in derselben Weise ausführen, wie sie es vor jenem Zeitpunkte gewohnt waren. Sie sind zu selbständigen Gewerbetreibenden, wie Handelsagenten und andere Geschäftsleute, geworden und unterliegen nicht mehr der Krankenversicherungspflicht.

Anmerkung: Im Jahrg. 1921 S. 608 haben wir eine Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Halle a. S. mitgeteilt, die, abweichend von den vorstehenden Entscheidungen, ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis der „Hebevertreter" annimmt, obwohl es sich auch damals schon um Beschäftigung unter den neuen, wesentlich umgestalteten Bedingungen handelte. Den vorstehenden Entscheidungen liegt aber zum Teil eine andere tatsächliche Feststellung, zum Teil vor allem eine andere Würdigung des veränderten Verhältnisses zwischen der Versicherungsgesellschaft und den Hebevertretern zugrunde. Im gleichen Sinne haben nach uns vorliegenden Entscheidungen noch erkannt die Oberversicherungsämter Cassel (30. 11. 21), Magdeburg (5. 12. 21) und Schleswig (27. 12. 21).

B. Zur Krankenversicherung.

Widerruf der Bewilligung einer Heilstättenpflege als Familienhilfe.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 27. Januar 1922.

Der Kläger hat als Mitglied der beklagten Kasse unstreitig Anspruch auf Familienkrankenhilfe für seine Ehefrau anläßlich eines Lungenspitzenkatarrhs, wegen dessen sie auch vom 6. bis 27. Juli 1921 durch den Kassenarzt behandelt wurde. Auf Anraten des Arztes wurde sie von Dr. R. untersucht, der eine Kur in E. befürwortete. Darauf erklärte die Kasse sich der Heilstättenverwaltung gegenüber bereit, die Verpflegungskosten von M. 25.— täglich für 56 Tage zu übernehmen. Bevor jedoch die Ehefrau des Klägers die Kur antrat, trat eine Satzungsänderung in Kraft, nach der die Familienangehörigen nicht mehr volle Anstaltspflege, sondern nur die Hälfte der ortsüblichen Krankenhauspflegesätze für 8 Wochen erhalten sollten. Nunmehr zog der Vorstand der Kasse seine frühere Erklärung zurück und erklärte sich nur bereit, die Hälfte der Kosten oder die vollen Kosten für die Hälfte der Zeit, also 4 Wochen, zu tragen. Der Kläger, dessen Frau die Kur am 30. Dezember 1921 angetreten hat, hält die Kasse aber nicht für berechtigt, von ihrer früheren Verpflichtungserklärung zurückgetreten und hat daher beantragt, die Kasse zur Zahlung der vollen Verpflegungskosten für 8 Wochen zu verurteilen. — Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Da die Beklagte, wie nicht zu bezweifeln ist, mit der Heilstättenverwaltung die Vereinbarung getroffen hat, daß diese vor der Aufnahme der Kranken stets noch einmal bei der Kasse anzufragen hat, ob die Verpflichtung noch aufrechterhalten wird — eine Regelung, die mit Rücksicht auf die regelmäßig längere Zeit bis zur Aufnahme in die Anstalt durchaus notwendig ist —, so ist die Verpflichtung nur mit dem Vorbehalt des Rücktritts bei Veränderung der Verhältnisse übernommen. Außerdem ist grundsätzlich ein Kassenvorstand, welcher eine durch die Satzung in sein Ermessen gestellte Leistung bewilligt hat, an diesen Beschluß nicht mehr gebunden, wenn die Verhältnisse sich ändern und bis zur Gewähr der Leistung Umstände eintreten, welche die Leistung überhaupt oder in der bemessenen Höhe nicht mehr zulassen. So z. B. wenn das Mitglied inzwischen die Kassenmitgliedschaft verloren hat, oder wenn, wie in diesem Falle, die Finanzlage der Kasse sie zwingt, durch Satzungsänderung ihre Leistungen einzuschränken. Der Beschluß des Vorstandes einer

öffentlich-rechtlichen Kasse auf Bewilligung einer satzungsmäßigen Unterstützung ist ein Verwaltungsakt und als solcher ein einseitiger Akt, der keine vertragliche Bindung bewirkt. Wie jeder Verwaltungsakt ist daher auch der Beschluß des Vorstandes auf Zahlung einer bestimmten freiwilligen Beihilfe — um eine solche handelt es sich hier — einseitig durch die Verwaltung widerruflich, wenn die Verhältnisse sich ändern, auf denen der Beschluß beruhte. Das ist hier der Fall. Denn die inzwischen in Kraft getretene Satzungsänderung erlaubt es dem Vorstand nicht mehr, die vollen Verpflegungskosten für 8 Wochen zu zahlen. Der zuerst gefaßte Beschluß konnte und mußte daher aufgehoben und geändert werden, solange die Leistung noch nicht gewährt war.

Aus der privatrechtlich zu beurteilenden Verpflichtungserklärung gegenüber der Heilstättenverwaltung kann aber der Kläger einmal aus dem zuerst hervorgehobenen Grunde und zweitens deshalb keine Rechte für sich herleiten, weil nicht anzunehmen ist, daß die Kassenverwaltung die Absicht hatte, sich dadurch selbständig gegenüber dem Kläger zur Tragung der Kosten zu verpflichten. Die Vereinbarungen mit der Heilanstalt erfolgten nur in Ausführung des Beschlusses zur Gewährung der Unterstützung. Der Kläger kann sich daher nur auf diesen Beschluß, nicht aber auf die weiteren Ausführungsmaßnahmen der Kassenverwaltung stützen. Da aber dieser Beschluß abgeändert werden konnte, so konnte auch die Verpflichtungserklärung gegenüber der Heilstätte widerrufen werden.

Anmerkung: Die vorstehende Entscheidung ist uns „im Hinblick auf die Auskunft im Jahrg. 1920 S. 97 Ziff. 7" mit dem Ersuchen um Veröffentlichung übersandt. Wir sind dafür dankbar, weil die Ausführungen interessant und lehrreich sind. Wenn aber gemeint sein sollte, daß durch sie jene Auskunft widerlegt sei, so ist das nicht zuzugeben. Die Auskunft geht allerdings davon aus, daß die Kasse, wenn sie einen Zuschuß für größeren Zahnersatz gesetz- und satzungsmäßig (§ 193 Abs. 1 RVO.) bewilligt, hieran regelmäßig gebunden ist. Dies beruht aber nicht auf einer Gleichstellung der Bewilligung mit einer rein privatrechtsgeschäftlichen, insbesondere vertraglichen Erklärung; sondern wir nehmen an, daß auch die in das freie pflichtmäßige Verwaltungsermessen der Kasse gestellte Bewilligung einer Leistung kein Willkürakt ist, der ebenso willkürlich auch widerrufen werden dürfte, daß vielmehr solche Akte auch im Gebiete des Sozialversicherungsrechts — und hier sogar ganz besonders — dem Grundsatz der Wahrung von Treu und Glauben unterstehen und daß daher durch die gesetz- und satzungsmäßige Bewilligung für die Versicherten ein Anspruch auf die Leistung begründet wird — wenn nicht etwa zwischen Zusage und Erfüllung eine nicht vorherzusehende Veränderung der Verhältnisse eintritt, so daß gleichfalls nach dem Prinzip von Treu und Glauben, der Kasse die Erfüllung nicht mehr zugemutet werden kann. In dem Falle der Auskunft hatte sich ohne Schuld des Versicherten die Ausführung des Zahnersatzes über das Ausscheiden des Versicherten aus der Kasse hinaus verzögert, und wir haben ausgeführt, daß und weshalb mit einer Verzögerung gerechnet werden mußte. Deshalb konnte weder in der Verzögerung an sich, noch in dem inzwischen erfolgten Ausscheiden des Versicherten eine den Widerruf der Zusage rechtfertigende Veränderung der Verhältnisse gefunden werden. Das entspricht doch wohl auch der Billigkeit. Der Versicherte muß sich auf die Leistung des bewilligten Zuschusses verlassen dürfen. Man nehme an, daß er sich, auf die Zusage der Kasse hin, bereits in die Behandlung des Zahnarztes begeben und sich im Vertrauen auf den Zuschuß zur Zahlung recht erheblicher Kosten für den Zahnersatz verpflichtet hätte. Dann wäre er in empfindlicher Weise beeinträchtigt, wenn die Kasse die Erfüllung ihrer Zusage verweigern dürfte, weil die Ausführung längere Zeit beanspruchte und er inzwischen durch einen Wechsel seines Beschäftigungsverhältnisses aus der Kasse ausgeschieden ist. — Danach können wir die vorstehende Entscheidung mindestens nicht in allen Punkten der Begründung als richtig anerkennen.

Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. kann noch nach Lösung des Beschäftigungsverhältnisses bei fortdauernder Pflichtmitgliedschaft nach § 311 beantragt werden.

Urteil des Hessischen Oberversicherungsamts vom 6. Dezember 1921 (K. III. 603. 21).

Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen nach § 520 Abs. 2 der RVO. gestellten Ruheantrag, der frühestens mit Beginn des nächsten Kalendervierteljahres rechtswirksam wird, und nach § 517 in Verbindung mit § 520 a. a. O. nur von Versicherungspflichtigen, die Mitglied einer Ersatzkasse sind, gestellt werden kann.

In Übereinstimmung mit dem Versicherungsamt ist das Oberversicherungsamt der Ansicht, daß der Ruheantrag ordnungsgemäß gestellt ist. Unstreitig war W. zur Zeit der Stellung des Antrags auf Grund seiner Beschäftigung bei der Verlagsbuchhandlung Karl M. Pflichtmitglied bei der allgemeinen Ortskrankenkasse. Auch wies er seine Zugehörigkeit zur Ersatzkasse L. nach, indem er laut Mitgliedsausweis vom 29. Januar 1921 ab 1. Februar 1921 Mitglied dieser Ersatzkasse war. An dem also einmal abgeschlossenen rechtsgültigen Versicherungsvertrag kann die von der Ersatzkasse später geplante Umschreibung der Mitgliedschaft auf den 1. April 1921 nichts ändern. Die Pflichtkasse konnte daher, wie geschehen, dem Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten des W. bei ihr stattgeben. Einer solchen Zustimmung des Kassenvorstandes hätte es indes nicht bedurft, da das Ruhen von selbst eintritt, wenn der Antrag den gesetzlichen Bestimmungen gemäß gestellt ist. Das Oberversicherungsamt hat auch mit der erstinstanzlichen Entscheidung angenommen, daß das Beschäftigungsverhältnis zwischen der Arbeitgeberin und W. mit dem 17. März 1921 als endgültig gelöst zu betrachten war. . . Die Fort-

zahlung des Gehalts für weitere 6 Wochen auf Grund gesetzlicher Bestimmung steht dem rechtlich nicht entgegen. Der Vorderrichter nimmt nun an, daß durch die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses die Versicherungspflicht und somit eine der wesentlichen Voraussetzungen fortgefallen sei, und deshalb der Ruheantrag nicht in Wirksamkeit habe treten können. Dieser Auffassung ist das Oberversicherungsamt nicht beigetreten. Wohl ist es richtig, daß an sich mit dem Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses keine Versicherungspflicht mehr besteht, doch wird die Mitgliedschaft des bereits vor Lösung des Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig Erkrankten nach § 311 RVO. während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufrecht erhalten. Es besteht also die auf Grund der Versicherungspflicht erworbene Mitgliedschaft — sogenannte Pflichtmitgliedschaft — fort. Diese fortdauernde Mitgliedschaft sichert aber nicht nur dem Versicherten die Gewährung der Kassenleistungen, solange er arbeitsunfähig ist, sondern es bleiben ihm auch für diese Zeit alle Rechte und Pflichten mit Ausnahme der Beitragspflicht (§ 383 RVO.) erhalten. Es muß deshalb hieraus nach Ansicht des Gerichts geschlossen werden, daß das Mitglied in einem solchen Fall auch noch das Ruhen seiner Rechte und Pflichten nach § 517 a. a. O. erlangt. Auch der Wortlaut des § 520 Abs. 2, der nur von Mitgliedschaft redet, spricht für diese Auslegung. Der Antrag W. war nach obigen Ausführungen rechtzeitig gestellt und auch begründet, um nach § 520 RVO. am 1. April 1921 in Wirksamkeit zu treten. Die Beklagte hat daher mit Recht mit Ablauf des Monats März 1921 ihre Leistungen eingestellt.

Anmerkung: Die Entscheidung entspricht unserer Anmerkung im Jahrg. 1921 S. 511.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1921 Nr. 12 S. 230 ff.)

Nr. 501. Ein Erstattungsanspruch nach § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist nicht gegeben, wenn die Versicherte vor dem Inkrafttreten des Reichsgesetzes vom 31. Mai 1920 (RGBl. S. 1144) aus einer wegen Überschreitung der Gehaltshöchstgrenze von 7000 M. (Bekanntm. vom 28. August 1918, RGBl. S. 1085) versicherungsfreien Beschäftigung ausgeschieden ist*).

Nr. 502. 1. Streitigkeiten über Hausgeld werden im Spruchverfahren entschieden.

2. Ein Anspruch auf Hausgeld setzt die Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende durch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (§ 37 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) voraus.

Nr. 503. 1. § 6 der Bekanntmachung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915 gilt auch für die zugelassenen öffentlich-rechtlichen Ersatzkassen der §§ 387 ff. des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

2. Wenn nach der Satzung eines als Ersatzkasse zugelassenen Knappschaftsvereins für die Berechnung der Wartezeit und der Pensionsleistung auch Monatsteile einer Kriegszeit voll angerechnet werden, so gelten — über § 1 der Bekanntmachung vom 26. August 1915 hinaus — auch für die Berechnung der reichsgesetzlichen Leistungen (§ 382 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) diese Monatsteile als Beitragsmonate im Sinne des § 396 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 504. Gefälleinnehmerinnen einer Stadt, die von ihrem nicht büromäßig ausgestatteten Dienstzimmer aus Pflasterzoll erheben, Bescheinigungen über die Ein- und Durchfuhr von Bier ausstellen und Marktgebühren vereinnahmen, ohne sonst mit einer Buch- oder Rechnungsführung betraut zu sein, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 505. Freiwillige Fortsetzung der Versicherung schließt den Anspruch auf Leibrente (§ 63 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) aus.

D. Zur Militärversorgung.

Auslegung des Begriffs „im Kriege geblieben" (§ 19 Mil. Hintbl. Ges.).

Ref. Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 3. März 1921 (Entsch. Bd. 2 S. 6).

Ein Matrose, der zur Fischerabteilung einer zum Feldheer gerechneten Formation gehörte, fand bei der dienstlichen Überbringung eines Fischerbootes den Tod durch Ertrinken, indem das Boot bei dem durch hohen Seegang notwendig gewordenen Landungsversuch in der Brandung kenterte. Die Verwaltungsbehörde hat Dienstbeschädigung anerkannt und den Hinterbliebenen die allgemeine Versorgung bewilligt. Das Militärversorgungsgericht hat ihnen aber auch die Kriegsversorgung aus § 19 des MHG. mit der Begründung zugesprochen, daß der Verstorbene „im Kriege geblieben" sei. Auf den Rekurs des Fiskus hat der Senat das Berufungsurteil aufgehoben und den Bescheid der Verwaltungsbehörde wiederhergestellt. — Gründe:

*) Dieser Grundsatz ist neuerdings eingeschränkt worden (zu vgl. die grundsätzliche Entscheidung vom 12. Oktober 1921 — P. 167/21 —, die demnächst veröffentlicht werden wird).

Der Vorderrichter läßt bei der Auslegung des Begriffes „im Kriege geblieben" den Zusammenhang außer Acht, den die Vorschriften des § 19 des MHG. im Gegensatz zu § 12 daselbst mit der eigentlichen Kriegführung erfordern. Für den Anspruch auf Kriegsversorgung ist nicht nur die Zugehörigkeit des Verstorbenen zum Feldheer Voraussetzung, sondern sein Tod muß auch mit einer Kriegsverwendung (Verletzung durch unmittelbare oder mittelbare Einwirkung der Kampfmittel) oder einer sonstigen Kriegsdienstbeschädigung (einer Dienstbeschädigung, die auf besondere, nur dem Kriege eigentümliche Verhältnisse zurückzuführen ist und in unmittelbarem Zusammenhange mit der eigentlichen Kriegführung steht) ursächlich zusammenhängen. Eine solche Kriegsverwundung oder Kriegsdienstbeschädigung wird vermutet, wenn jemand in den Krieg gezogen, aber nicht zurückgekehrt ist, und nicht ermittelt werden kann, auf welche Weise er zu Tode gekommen ist, oder wenn jemand im eigentlichen Kampfgebiet, sei es auch ohne äußere Zeichen einer Verletzung, tot aufgefunden wird. Solche Personen sind nach der Auffassung des Gesetzes „im Krieg geblieben" (zu vgl. v. Olshausen-Dorn, Versorgungsansprüche S. 140). Bei dem Verstorbenen steht die Todesursache fest. Eine Kriegsverwundung liegt nicht vor, ebenso keine Kriegsdienstbeschädigung. Die Dienstverrichtung, bei der er seinen Tod fand, spielte sich weit entfernt vom eigentlichen Kampfgebiet ohne jeden Zusammenhang mit der eigentlichen Kriegführung ab. Er erlag einer Gefahr, der der Seemann auch im Friedensdienst täglich ausgesetzt ist.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Ortskrankenkassen im Jahre 1920.

Mit größerer Verzögerung als sonst sind die Geschäftsberichte der Krankenkassen für 1920 erschienen. Das hat seinen Grund zunächst in der Überlastung der Kassenverwaltungen mit Arbeiten, die auf die fortwährenden, meist durch die Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse bedingten Gesetzesänderungen zurückzuführen sind. Die nunmehr wohl vollständig vorliegenden Berichte für 1920 zeigen, wenn auch mit gesteigerter Kürze, wieder ein anschauliches Bild des regen sozialpolitischen Wirkens der Krankenkassen und ihrer wachsenden Bedeutung für das soziale Leben.

Um eine Einheitlichkeit in der Darstellung der Jahresberichte zu erzielen, faßte die im Jahre 1920 in Kassel tagende Jahresversammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen den Beschluß, „Grundlagen" herauszugeben, was auch geschah. Nach diesen sind nunmehr auch die allermeisten Berichte aufgestellt. Viele Kassen, z. B. die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK.) Cronach, sehen wegen der „hohen Kosten" von der Herausgabe eines ausführlichen Berichts ab und haben nur ihren Rechnungsabschluß drucken lassen. Die AOK. Göttingen (9164 Mitglieder) gibt nur einen selbst vervielfältigten Bericht heraus. In verschiedenen Städten, wie z. B. Aachen, ist man dazu übergegangen, die Berichterstattung gemeinsam für alle örtlichen Kassen vom Krankenkassenverband zu bewirken. Dieser Bericht enthält für 41 Kassen Angaben in einer Reihe Tabellen.

Die AOK. Frankfurt a. M. gibt einen zusammenfassenden Bericht auf die Jahre 1918 bis 1920 heraus. In diesem Zeitraum vermehrte sich die durchschnittliche Mitgliederzahl von 171 400 auf 186 000. Während das Jahr 1918 mit einem Fehlbetrag von fast 2 Millionen Mark abschloß, ergab sich für das Jahr 1920 ein Überschuß von 15½ Millionen Mark. Allerdings wurde inzwischen auch eine Beitragserhöhung von 4¾ auf 9 v. H. des Grundlohns vorgenommen.

Die AOK. Hamburg, die am 1. Oktober 1919 in ihrer jetzigen vergrößerten Gestalt ins Leben trat, gibt einen eingehenden, anschaulich gegliederten Bericht heraus, der auch die Entstehung der Kasse schildert. Sie entstand aus 19 OKK. Mit ihren rund 280 000 Mitgliedern ist sie eine der größten Krankenkassen des Reiches geworden. Die AOK. Apolda (9181 Mitglieder) bestand 25 Jahre und gibt aus diesem Anlaß einen erweiterten Bericht mit einem geschichtlichen Rückblick heraus. Im Jubiläumsjahr wurde das langgehegte Bestreben auf Errichtung eines Genesungsheims verwirklicht. Es waren dieserhalb aber manche Kämpfe mit dem Wohnungsamt nötig. Die AOK. Straßburg im Elsaß (44 000 Mitglieder) gibt ihren Bericht wieder in französischer und deutscher Sprache heraus. Sie hatte einen Einnahmeüberschuß von 1¾ Millionen Fr. Im Laufe des Berichtsjahres wurde eine Neuwahl des Kassenausschusses vorgenommen. Von 32 522 Wahlberechtigten erschienen 6025 zur Wahl!

Die **Mitgliederbewegung** zeigt häufig einen bemerkenswerten Rückgang. Der Grund liegt in der großen Arbeitslosigkeit, die namentlich gegen das Ende des Jahres 1920 auftrat. Die AOK. Breslau hatte Ende des Berichtsjahres 55 709 männliche und 76 432 weibliche, zusammen 132 141 Mitglieder, das waren 11 641 weniger als im Vorjahr. An der Abnahme waren namentlich die weiblichen Mitglieder beteiligt. Bei der AOK. Barmen verminderte sich von Jahresanfang bis Jahresende die Mitgliederzahl von 49 193 auf 46 535. Unter diesen Beständen befinden sich auch die versicherten Erwerbslosen, die im Jahresdurchschnitt 1650 betrugen. Die Kasse hat eine besondere „Statistische Abteilung" eingerichtet. Die OKK. der Buchdrucker in Berlin berichtet von einer Zunahme der Mitgliederzahl (um 788 auf 28 269), jedoch nur bei den Männern; die Zahl der Frauen hat beträchtlich abgenommen. Das Wirtschaftsleben führe die Produktionsformen wieder langsam auf den Stand der Vorkriegszeit zurück. Die AOK. Plauen verminderte vom Beginn bis Ende des Jahres ihren Mitgliederbestand von 60 395 auf 53 868. Die Beschäftigung in der heimischen Stickereiindustrie sei ganz trostlos. Es waren rund 8000 Vollerwerbslose vorhanden. Die von der Erwerbslosenfürsorgestelle Versicherten machten fast ⅙ der Gesamtmitgliederzahl der Kasse aus. Vom 1. Juli 1920 ab wurde die hausgewerbliche Krankenversicherung durch Ortsstatut wieder eingeführt. Ähnliches berichtet die AOK. Kiel. 10 000 Arbeiter, die früher

nur für die Marine tätig waren, haben eine andere Tätigkeit noch nicht gefunden. Wegen der wirtschaftlichen Not der Versicherten hat die Kasse (33 000 Mitglieder) von einer Erhöhung der Beiträge über 6 v. H. abgesehen. Die AOK. Elbing (7608 Mitglieder) berichtet von großen Lohnkämpfen, obwohl die größeren industriellen Werke im allgemeinen hinreichende Beschäftigung hatten. Im April des Berichtsjahres waren 2400 Personen als erwerbslos gemeldet.

Die **Hinaufsetzung der Verdienstgrenze für die Versicherungspflicht** von 5000 auf 15 000 M. (Verordnung vom 30. April 1920) hatte, wie z. B. auch die AOK. Remscheid berichtet, keinen Einfluß auf die Mitgliederbewegung. Die Kasse hat rund 20 000 Mitglieder; trotzdem traten nur 395 infolge der Erhöhung neu in die Versicherungspflicht ein. Von diesen stellten noch 94 gemäß § 517 RVO. einen Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten. Selbst Kassen von mehreren tausend Mitgliedern berichten, daß sie durch die Gesetzesänderung wenige, noch nicht einmal zehn, neue Mitglieder gewonnen haben.

Beitragserhöhungen wurden vielfach vorgenommen. Die AOK. Rudolstadt-Land (2644 Mitglieder) war gezwungen, die Beiträge von 5 v. H. auf 7 v. H. hinaufzusetzen. Anderseits sind auch Kassen an den **Abbau der Beiträge** herangetreten, so z. B. die AOK. und die OKK. für das Handelsgewerbe in Stuttgart, welche die Beiträge um 1 v. H. ermäßigten; das macht bei beiden Kassen eine Mindereinnahme von über 6 Millionen Mark aus. Trotzdem führten die Kassen noch eine Erweiterung der Familienhilfe ein.

Die Durchzählung des Mitgliederbestandes nach **der Zugehörigkeit zu den einzelnen Lohnklassen** wird von immer mehr Kassen zu statistischen Zwecken durchgeführt. Die AOK. Neukölln (38 012 Mitglieder) stellt fest, daß Ende des Berichtsjahres 54 v. H. aller männlichen Mitglieder ein Entgelt von weniger als täglich 27 M. hatte. Von den weiblichen Mitgliedern erzielten 92 v. H. diesen Verdienst nicht.

Die alte Beobachtung, daß weibliche Mitglieder nicht so häufig, dafür aber länger krank sind als die männlichen, wurde wieder häufig gemacht. Bei der AOK. Krefeld (32 000 Mitglieder) wurden arbeitsunfähig von 100 männlichen Mitgliedern 37,5, von weiblichen 35,9. Dagegen betrug die durchschnittliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit bei den männlichen Mitgliedern 20,39, bei den weiblichen 24,10 Tage. Bei dem immerhin noch geringen Krankengeld hätten die Männer oft früher zur Arbeit zurückkehren müssen, als das gut war.

Die AOK. Bielefeld (19 052 Mitglieder) weist besonders auf die Unterernährung der Bevölkerung, namentlich der Schulkinder, hin. Von 12 345 Schulkindern wurden von den Ärzten 2690 als unterernährt bezeichnet. Unter den 900 Kranken, die der städtischen Lungenfürsorgestelle gemeldet sind, befanden sich mindestens 200 Kinder. Nach dem Bericht der Mütterberatungsstelle litt ein großer Teil der Kinder an schwerer Rachitis.

Die **Krankenordnungen** wurden vielfach, der Veränderung der Verhältnisse entsprechend, abgeändert. Im Zusammenhang damit wurde auch die Anstellung von Vertrauensärzten gefördert. Bei der AOK. für den Landkreis Bochum (5986 Mitglieder) wurden 5392 Krankenbesuche vorgenommen. Strafen wegen Übertretung der Krankenordnung wurden 54 in Gesamthöhe von 308 M. verhängt. Der nebenamtliche Vertrauensarzt hatte 49 Nachuntersuchungen wegen Simulationsverdacht vorzunehmen. Die **allgemeine Krankheitsverhütung** wurde anscheinend besser als früher gepflegt. Die AOK. Bernburg (8650 Mitglieder) ließ an drei Tagen den Film „Die Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen" mit wissenschaftlichem Vortrag vorführen. Alle neun Vorträge waren sehr gut besucht. Dasselbe geschah durch die AOK. Rudolstadt (3905 Mitglieder). Die Kasse stellte auch den Schulen Wandtafeln, Merkblätter usw., betreffend Krankheitsverhütung, zur Verfügung.

Die **finanziellen Ergebnisse** der Kassen zeigen in Einnahme und Ausgabe weit höhere Summen als in den Vorjahren. In Ausführung der Vrdg. v. 30. 4. 20 nahmen sämtliche Kassen eine Neuordnung ihrer Lohnstufen vor. Die Zahl der festgesetzten Lohnklassen ist sehr verschieden; meist sind 8—15 anzutreffen. Durch die Erhöhung des zulässigen Grundlohns wurde den Kassen die Möglichkeit gegeben, höhere Einnahmen zu erzielen, ohne den Beitragsfuß hinaufzusetzen. Zwar waren auch bedeutend gesteigerte Barunterstützungen zu zahlen, doch blieben trotzdem meist erhebliche Überschüsse. Die AOK. Velbert (11 467 Mitglieder) hatte einen Vermögenszuwachs von 525 083 M., was eine Verdoppelung des vorjährigen Vermögens bedeutete. Die AOK. Lübeck (33 000 Mitglieder) berichtet von „ungewöhnlich günstigen" Ergebnissen. Die Mehreinnahme betrug über 3 Millionen Mark. Mit den der Rücklage zugeflossenen Mitteln ist besonders der Kleinwohnungsbau gefördert worden. Einer Siedlungsgenossenschaft wurden rund 1 Million Mark als erste Hypotheken gegeben. Wie die Ausgestaltung der Lohnklassen durch die Erhöhung der Grundlöhne wirkte, zeigt die AOK. Wiesbaden (31 200 Mitglieder). Die Beitragseinnahme stieg von 91,59 M. je Mitglied im Jahre 1919 auf 223,71 M. im Jahre 1920, die Gesamteinnahme von 94,15 M. auf 224,71 M., die Gesamtausgabe von 75,52 M. auf 196,05 M. je Mitglied. Der Überschuß je Mitglied betrug 27,66 M. Die AOK. Magdeburg (36 567 Mitglieder) erhöhte ihre Gesamteinnahmen von 4½ Millionen Mark im Jahre 1919 auf rund 10 Millionen Mark im Jahre 1920. Das Vermögen verdoppelte sich auf 2¼ Millionen Mark. Die AOK. für den Amtsbezirk Pforzheim (46 000 Mitglieder) erhöhte ihr Vermögen von 1,4 Millionen Mark am Schlusse des Jahres 1919 auf 6¼ Millionen Mark Ende 1920. (Die Kasse beschränkt ihren Bericht auf die wichtigsten Zahlen.) Die AOK. Aue i. Erzgeb. (6426 Mitglieder) hat trotz der erheblich gestiegenen Umsätze ihre gesetzlich nötige Rücklage um 56 489 M. überschritten. Im Berichtsjahr trat mehr wie eine Verdoppelung des Vermögens ein. Die AOK. für den Kreis Neuwied (10 300 Mitglieder) erhöhte ihre Rücklage von ⅓ auf 1½ Millionen Mark. Dabei hat die Kasse ausgedehnte Mehrleistungen, wie Familienhilfe usw.

Der zunehmende Geschäftsverkehr zwang viele Kassen zur Erweiterung der Geschäftsräume. Das geschah sehr häufig durch **Ankauf von Geschäftsgebäuden.** Die AOK. Osnabrück (18 229 Mitglieder) kaufte ein Restaurant für 105 000 M. und baute es zu einem Kassenlokal um. Es können jetzt gleichzeitig 11 Schalter für den Verkehr geöffnet werden.

Die AOK. Nordhausen (10 780 Mitglieder) klagt über große **Meldesäumigkeit der Arbeitgeber.** Besonders die so häufig eintretenden Lohnerhöhungen würden nicht angezeigt. Allein infolge Rückfragen bei den Arbeitgebern konnten 12 601 M. Beiträge nachgeholt werden. In einer Anzahl von Fällen wurden Strafanzeigen bewirkt. Die AOK. Berlin-Friedenau klagt über die Zunahme der zwangs-

weisen Beitreibung der Beiträge. Die Kasse sucht die Ursache in den schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen. Ein Kassenbeamter wurde zum Vollstreckungsbeamten bestellt, was sich sehr gut bewährt hat. Der Geschäftsbericht führt die fruchtlos Gepfändeten mit Namen auf. Die AOK. Uelzen (2652 Mitglieder) berichtet auch von der zunehmenden Zahl der „Restanten". Die Kasse beschloß eine ganz erhebliche Erhöhung der Mahngebühren.

Die **Selbstabgabe von Heilmitteln** usw. durch die Kassen wird immer mehr ausgebaut. Die AOK. Gelsenkirchen (8560 Mitglieder) löste den Apothekervertrag, da einzelne Bestimmungen der Selbstabgabe der freigegebenen Krankenpflegeartikel entgegenstanden. Die Kosten der aus Apotheken entnommenen Heilmittel hatten sich vom Jahre 1919 zum Berichtsjahr von 70 414 M. auf 176 890 M. erhöht. Bei der AOK. Augsburg (29 437 Mitglieder) stiegen die Arzneikosten von 5,12 auf 13,61 M. je Mitglied, die Kosten für sonstige Arzneien und Heilmittel von 98 Pf. auf 2,82 M. Die Kasse mußte die Beiträge von 4½ auf 6 v. H. erhöhen. Um den Versicherten Aufklärung darüber zu geben, daß nicht immer die Verschreibung vieler und teurer Arzneimittel, sondern weit eher eine vernünftige Lebensweise und einfache Hausmittel helfen, ist von der AOK. für den Kreis Waldenburg das vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen herausgegebene Flugblatt „Hilf deiner Krankenkasse, damit sie dir um so besser helfen kann" in einer Auflage von 5000 an die kranken Mitglieder verteilt worden. Die AOK. Leipzig (208 839 Mitglieder) läßt die ärztlichen Verordnungen (765 010) durch einen Vertrauensapotheker nachprüfen. Da im Laufe des Jahres 1920 nicht weniger als 7 Neuausgaben der Reichsarzneitaxe erschienen, war das keine leichte Arbeit. Die Kasse gab im Jahre 1920 zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 14 700 Dosen Salvarsan ab. Die AOK. Halle a. S. (45 000 Mitglieder) hat ebenfalls einen eigenen Apotheker angestellt, der sämtliche ärztliche Verordnungen nach verschiedenen Richtungen durchprüft.

Um den **bargeldlosen Zahlungsverkehr** zu fördern und zugleich die Beitragseinhebung zu vereinfachen, hat die AOK. Meißen mit der Stadtgirokasse vereinbart, daß den Girokonteninhabern die Beiträge monatlich vom Konto abgebucht werden, wenn diese damit einverstanden sind. Auf diesem Wege erhält die Kasse (13 325 Mitglieder) monatlich rund 40 000 M. bargeldlos. Die AOK. Landsberg a. d. Warthe (8500 Mitglieder) wurde vom Oberversicherungsamt ersucht, die Beiträge von 5½ auf 7 v. H. zu erhöhen, was die Kasse jedoch ablehnte. Die AOK. München (224 565 Mitglieder) war besonders bestrebt, ihren Grundbesitz zu vermehren. Sie hatte darin Ende 1920 annähernd 2 Millionen Mark angelegt. In der Hauptsache handelt es sich dabei um Sanatorien usw. Der Reservefonds beträgt außerdem rund 10 Millionen Mark.

Die günstige Entwicklung der Kassenverhältnisse veranlaßte vielfach eine **Ausgestaltung der Kassenleistungen.** Eine Erhöhung des Krankengeldes nahm z. B. die AOK. Fulda (7200 Mitglieder) vor. Es wurde von 60 auf 65 v. H. des Grundlohnes, das Hausgeld von 50 auf 75 v. H. des Krankengeldes, die Zuschüsse zu größeren Heilmitteln von 30 auf 100 M. heraufgesetzt. Die AOK. Kottbus (18 482 Mitglieder) gewährt bei einem Beitragssatz von 6 v. H. Krankengeld in Höhe von ¾ des Grundlohnes einschließlich der Sonn- und Feiertage, Hausgeld in Höhe von ¾ des Krankengeldes, größere Hilfsmittel bis zum Betrage von 150 M., Sterbegeld für Familienangehörige usw. Die Kasse besitzt eine eigene Badeanstalt. Die AOK. Aschersleben (8500 Mitglieder) führte Familienhilfe ein, setzte das Krankengeld auf ⅔ des Grundlohnes fest und legte sich ein Hausgrundstück zu.

Eine **Anpassung des Krankengeldes an die Familienverhältnisse des Kranken** wird besonders von den rheinischen Kassen gepflegt. Die AOK. Düsseldorf hat das Krankengeld für Ledige auf 60 v. H. des Grundlohnes, für Verheiratete oder Versicherte mit Kindern auf 75 v. H. festgesetzt. Das Hausgeld wurde auf 75 v. H. des Krankengeldes und auf 100 v. H. bei zwei und mehr zu unterhaltenden Angehörigen festgesetzt. Die AOK. Dortmund (33 196 Mitglieder) berichtet, daß die Gewährung von Zuschlägen zum Kranken- und Hausgeld für Verheiratete mit Kindern bis zum Höchstbetrag von 50 v. H. bei fünf und mehr Kindern sich durchaus bewährt habe. Die Familienhilfe wurde der Teuerung entsprechend weiter ausgebaut durch Gewährung einer Beihilfe für Krankenhauspflege für Frauen und Kinder von 10 und 5 M.

Die **Familienhilfe** wurde vielfach wieder eingeführt. So bei der AOK. Wurzen (6850 Mitglieder). Sie gewährt aber die ärztliche Behandlung nicht „in natura", sondern erstattet nur den in der Satzung vorgesehenen Anteil gegen Vorlegung der ärztlichen Rechnung. Sie hatte deshalb auch keine Auseinandersetzungen mit den Ärzten nötig. Zu Heilmitteln wird noch kein Zuschuß gewährt. Die AOK. Berlin-Wilmersdorf (deren Mitgliederzahl sich im Laufe des Berichtsjahres von 20 361 auf 18 761 verminderte) erstattet für jeden Krankheitsfall eines Familienangehörigen für ärztliche Behandlung den Betrag bis zu 200 M., bei Krankenhauspflege bis 400 M. Die AOK. Elmshorn (7928 Mitglieder) baute die Familienhilfe weiter aus. Sie erhöhte die Zuschüsse für Krankenhausbehandlung und das Sterbegeld für Familienangehörige. Zusatzbeiträge werden nicht erhoben. Die AOK. Rastatt-Stadt (6000 Mitglieder) führte ohne Erhebung von Sonderbeiträgen die Familienhilfe ein, die in einem halben Jahr 80 700 M. kostete. Die Kasse erhebt nur 5½ v. H. des Grundlohns an Beitrag; davon war nur ½ v. H. für die Familienhilfe erforderlich. Die OK. für Buchdrucker in Berlin hat die Hauspflege eingeführt. Trotz wiederholter Bekanntgabe ist aber die Benutzung so gering, daß es den Anschein erweckt, als läge ein Bedürfnis nicht vor. Im Gegensatz hierzu berichtet die AOK. Aachen (54 000 Mitglieder) von der Schaffung einer ausgedehnten Hauspflege. Sie erfolge ganz auf Kosten der Kasse und wirke segensreich. Auf Anregung der AOK. für den Bezirk Gera-R. wurde dort eine städtische Schulzahnpflege mit Schulzahnklinik eingeführt. Dort sollen sämtliche Schulkinder zahnärztlich untersucht und behandelt werden. Die Unterhaltungskosten sind auf 65 000 M. jährlich veranschlagt. Die Kasse (42 300 Mitglieder) gibt einen jährlichen Zuschuß von 10 000 M. dazu. Die Zahnklinik der AOK. Bergedorf (5761 Mitglieder) hat sich gut bewährt. Für 2367 Patienten haben die beteiligten Kassen 93 923 M. aufgewendet, im Durchschnitt also 39,68 M. Aus verschiedenen Gründen hat die Zahl der Behandlungsfälle abgenommen. Der AOK. Neumünster (11 848 Mitglieder) verursachte die Zahnklinik 133 619 M. Aufwendungen. Abzüglich einiger besonderen Einnahmen hatte die Kasse 101 835 M. Zuschuß zu leisten. Es wurden 14 247 Zahnkranke in 31 347 Fällen behandelt. Die AOK. Flensburg (16 782 Mitglieder) richtete eine Zahnklinik

ein. Die Kosten waren außerordentlich hohe. Gleichzeitig beschaffte sich die Kasse auch eine Röntgen-Einrichtung. Sie untersteht dem Vertrauensarzt. Die AOK. Speyer (10 080 Mitglieder) errichtete eine Zahnklinik, der die Schulzahnklinik für den ganzen Bezirk Speyer angegliedert wurde. Das Mobilar kostete 153 700 M., die Instrumente 48 000 M.

Der Ankauf von Erholungs- und Genesungsheimen machte weitere Fortschritte. Die AOK. Eisenach (11 000 Mitglieder) kaufte mehrere Hausgrundstücke, um sie zu den gedachten Zwecken umzubauen. Der Baumarkt gestattete das jedoch nicht. Inzwischen sind Teile der Grundstücke zur landwirtschaftlichen Bearbeitung verpachtet worden. Die AOK. Jena (10 039 Mitglieder) erwarb ein Grundstück „Langetalsmühle“, die nach verschiedenen baulichen Veränderungen als Erholungsheim benutzt wurde. Sie kostete einschließlich Inventar 155 000 M.

Die **Auseinandersetzungen mit den Ärzten** werden in den allermeisten Berichten ausführlich dargestellt. Der Leipziger Ärzteverband erklärte im Berichtsjahr die kassenärztlichen Verträge für erloschen, weil die Erhöhung der Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht der Angestellten ein „wichtiger Grund“ dazu sei. Die AOK. Köln (104 173) berichtet, daß all ihr Bemühen, die Ärzte zur Erfüllung des Vertrages zu bewegen, an der Erklärung der Ärzte scheiterten, den Weisungen des Ärzteverbandes folgen zu müssen. Nach sechswöchigen Streik begannen die Kölner Ärzte wieder ihre Kassentätigkeit. Die AOK. Ohligs (9376 Mitglieder) erstattete während des Ärztestreiks den Kranken diejenigen Beträge zurück, die sie an die Ärzte zu bezahlen hatten. Erst Anfangs 1921 kam mit den Ärzten eine Verständigung zustande. Die AOK. Greiz (13 012 Mitglieder) wirkte durch Versammlungen, Flugblätter, die Tagespresse usw. während des Ärztestreiks auf die Kassenmitglieder im Sinne der Vermeidung ärztlicher Hilfe ein. Das hatte so sehr Erfolg, daß die Ärzte von einem Patientenstreik sprachen und die Kasse viel weniger an die Kranken für Auslagen zu erstatten hatte, als sie vorher unmittelbar an die Ärzte bezahlen mußte. Anfang Juli gingen die Ärzte auf einen der Kasse günstigen Vertrag ein. Die AOK. Schwerin (13 500 Mitglieder) brachte während des vertragslosen Zustands den § 370 RVO. zur Anwendung. Eine Entscheidung des Schiedsamts vom 25. Nov. verpflichtete die Kasse zur Zahlung eines Pauschbetrags von 45 M. je Mitglied und Jahr einschließlich der Familienbehandlung, jedoch außer den Sonntagsleistungen. Die AOK. Ludwigshafen a. Rh. nennt im Hinblick auf den Ärztestreik das Jahr 1920 das „denkwürdigste“ seit Bestehen der Krankenversicherung. Der Streit wurde durch eine Entscheidung des Schiedsamts erledigt. Die Kasse (20 383 Mitglieder) verlangt in längeren Ausführungen die Verstaatlichung des Ärzteberufs. Auch die AOK. Saalfeld (8010 Mitglieder) hatte, infolge der Belehrung der Kranken über den Ärztestreik, keinen Schaden. Es kam dann ein Arztvertrag zustande, der Bezahlung mit Begrenzung der Krankheitsfälle vorsieht. Der Bericht verlangt von der Reichsregierung, daß dem ärztlichen Vorgehen Einhalt getan wird. Die AOK. Dohna (3326 Mitglieder) hat ebenfalls mit dem Ärztestreik gute Erfahrungen gemacht. Die Zahl der Erwerbsunfähigen ging erheblich zurück und die Ersparnisse an Arzthonorar und Krankengeld waren nicht gering. Die AOK. Kassel (25 420 Mitglieder) schaffte eine Röntgen-Einrichtung mit Höhensonnenbestrahlung an. Um diese allen Krankenkassen der Stadt zugänglich zu machen, wurde die Gründung eines Verbandes von Krankenkassen beschlossen.

Die **Angliederung aufgelöster Betriebskrankenkassen** findet häufiger denn je statt. Der AOK. Mannheim (50 682 Mitglieder) traten drei größere Betriebskrankenkassen bei. Sie brachten 135 000 M. Vermögen mit. In die AOK. Dresden (169 000 Mitglieder) gingen die „städtische Hauskrankenkasse“, die militärische Betriebskrankenkasse und eine private Betriebskrankenkasse auf. Dadurch gewann die AOK. rund 18 000 Mitglieder. Die Kasse gehört in bezug auf ihre Leistungen, namentlich ihre Eigenbetriebe, zu den besteingerichteten des Reiches. Die AOK. Lüdenscheid (12 700 Mitglieder) berichtet, daß ihre Verwaltungsgeschäfte von 10 Angestellten und 1 Lehrling wahrgenommen werden, von denen 9 im Innen- und 2 im Außendienst beschäftigt sind. Die Angestellten sind in ihren Bezügen den städtischen Beamten gleichgestellt.

Das **Reichsversorgungsgesetz** vom 12. Mai 1920 überträgt den Krankenkassen die Heilbehandlung der sämtlichen Dienstbeschädigten ohne Rücksicht auf ehemaligen Dienstgrad oder jetzige Stellung. Die AOK. Ochsenfurt (4304 Mitglieder) klagt über Unklarheiten des Gesetzes, zu dem erst 1921 Ausführungsvorschriften erschienen, so daß im Jahre 1920 den Absichten des Gesetzes gar nicht entsprochen werden konnte.

Die AOK. Hainichen beschloß auf Grund des § 195c RVO. statt barer Beihilfen zu den Entbindungskosten die Gewährung von Sachleistungen. Die Hebammen verweigerten aber den Abschluß eines Vertrags mit der Kasse. Das Oberversicherungsamt entschied, daß die Hebammen verpflichtet sind, ihre auf Grund der Mindestsätze der Gebührentaxe aufgestellten Rechnungen an die Kasse einzureichen, die sie dann bezahlt.

Man sieht, die Berichte enthalten wie immer reichhaltige Belehrung über die Praxis der Krankenversicherung.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über den Erstattungsanspruch weiblicher Versicherter im Falle der Heirat (§ 62 Vers. Ges. f. Angest.)*).

I. § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte lautet: „Scheidet eine weibliche Versicherte nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus, so steht ihr ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu. Die Erstattung schließt weitere Ansprüche an die Reichsversicherungsanstalt aus.“

Diese Vorschrift setzt zunächst voraus, daß die Versicherte „infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet“. Erst nach Vorliegen von Verheiratung und Ausscheiden ist also der „Versicherungsfall“ des § 62 eingetreten, d. h. das Ereignis, von dessen Eintritt die Beitragserstattung abhängt (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 20. 10. 1919 und vom 4. 2. 1920 in AVN. S. 5, 76). Die Verheiratung allein genügt somit nicht, vielmehr sind für eine versicherungspflichtige Angestellte, die sich verheiratet, aber ihren bisherigen Beruf fortführt, nach wie vor Beiträge zur Angestelltenversicherung zu entrichten. Unter Ausscheiden ist nicht etwa schon die Aufgabe eines bestimmten Beschäftigungsverhältnisses, z. B. wegen

*) AVN. = „Angestelltenversicherung, Amtliche Nachrichten der Reichsversicherungsanstalt usw.“

Kündigung oder Krankheit, sondern das Ausscheiden aus dem Kreise der versicherungspflichtigen Personen überhaupt zu verstehen (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 4. 2. 1920 in AVN. S. 74).

Außerdem muß das Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung infolge Verheiratung geschehen sein, d. h. es muß zwischen Verheiratung und Ausscheiden ursächlicher Zusammenhang vorliegen. Dazu braucht beides nicht zeitlich zusammenzufallen. Liegt das Ausscheiden vor der Verheiratung, so genügt es, wenn das Ausscheiden infolge der bevorstehenden Verheiratung geschah. Erfolgt Ausscheiden erst nach der Verheiratung, so wird selbst bei einem beträchtlichen Zeitraum der ursächliche Zusammenhang nicht unterbrochen, wenn durch ungewöhnliche Hindernisse die Begründung des gemeinsamen Haushalts hinausgeschoben wurde. Die Eheschließung darf aber nicht lediglich irgendwie zum Ausscheiden beigetragen haben, sondern sie muß dazu wesentlich mitgewirkt haben, so daß sie auch nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise als Ursache betrachtet wird (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 16. 12. 1919 in AVN. 1920 S. 45, 47, 48). Die Verhältnisse müssen die Annahme rechtfertigen, daß von vornherein die Absicht bestanden hat, infolge der Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung auszuscheiden (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 4. 2. 1920 in AVN. S. 75). Der Erstattungsanspruch besteht also nicht, wenn das Ausscheiden mit der Eheschließung in keinem Zusammenhang steht, vielmehr lediglich auf einen anderen Grund zurückzuführen ist, z. B. auf Gehaltserhöhung über die versicherungspflichtige Grenze (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 15. 4. — P. 5/20 —, 27. 10. — P. 182/20 —, 4. 11. 20 — P. 191/20 —), auf staatliche Anstellung oder auf Gesundheitsrücksichten. In letzterem Falle kommt Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit nach § 25 in Frage.

II. Ferner setzt § 62 voraus, daß bei Eintritt des Versicherungsfalles, d. h. nach Vorliegen von Verheiratung und Ausscheiden, die Wartezeit für das Ruhegeld erfüllt ist. Nach § 48 des Gesetzes dauert die Wartezeit beim Ruhegeld für weibliche Versicherte 60 Beitragsmonate, die aber sämtlich auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt sein müssen. Sind weniger als 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen, so verlängert sich die Wartezeit auf 90 Beitragsmonate. Die Erstattung nach § 62 ist daher nur zulässig, wenn die Versicherte

a) entweder bei Eintritt des Versicherungsfalles 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt hat,

b) oder bei Eintritt des Versicherungsfalles 90 Beitragsmonate teils auf Grund der Versicherungspflicht, teils auf Grund freiwilliger Beitragsleistung zurückgelegt hat.

Als Beitragsmonate für die Erfüllung der Wartezeit gelten die vollen oder Teilmonate, für die Beiträge entrichtet sind sowie die vollen Kalendermonate, in denen während des Krieges Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet worden sind.

Ist die erforderliche Zahl von Beitragsmonaten bei Eintritt des Versicherungsfalles, d. h. nach Vorliegen von Verheiratung und Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht erfüllt, so kann der Erstattungsanspruch auch nicht mehr durch freiwillige Nachzahlung der fehlenden Monatsbeiträge begründet werden (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 20. 10. 1919 in AVN. 1920 S. 5).

III. Daß diese Beitragsmonate ohne Unterbrechung aufeinander folgen, ist nicht nötig. Die Anwartschaft muß aber bei Eintritt des Versicherungsfalles aufrechterhalten sein. Hierzu ist nach § 49 des Gesetzes erforderlich, daß vom 2. bis 11. Kalenderjahr der Versicherung je 8 und später je 4 Beitragsmonate in jedem Kalenderjahr nachgewiesen werden. Eine Ausnahme gilt für das erste Versicherungsjahr und für dasjenige Kalenderjahr, in dem der Versicherungsfall des § 62 eingetreten ist, d. h. Verheiratung und Ausscheiden vorliegen.

Als Beitragsmonate für die Aufrechterhaltung der Anwartschaft gelten diejenigen vollen oder Teilmonate, für welche Beiträge entrichtet worden sind oder für welche Ersatztatsachen (z. B. Sanitäts- oder ähnliche Dienste während des Krieges, Krankheit, Besuch einer staatlich anerkannten Lehranstalt, vaterländischer Hilfsdienst) geltend gemacht werden können.

Soweit hiernach für einzelne Kalenderjahre nicht die erforderliche Zahl von Beitragsmonaten nachgewiesen werden kann, sind die fehlenden Beiträge vor Eintritt des Versicherungsfalles freiwillig nachzuentrichten. Nachzahlung ist wie bei der Wartezeit (vgl. Ziff. II letzter Absatz) mit Wirkung für die Beitragserstattung grundsätzlich nicht zulässig; sie ist jedoch zur Erhaltung der Rechte aus allen gezahlten Beiträgen auf die sonstigen Leistungen der Angestelltenversicherung mittels freiwilliger Weiterversicherung zweckmäßig (vgl. Ziff. VIII).

Insbesondere muß also bei Aufschub der Verheiratung über das Kalenderjahr des Ausscheidens hinaus auch noch nach dem Ausscheiden und spätestens zur Zeit der Verheiratung die Anwartschaft durch freiwillige Beiträge oder Ersatztatsachen gewahrt sein. Wird die freiwillige Versicherung aber nach Ausscheiden und Verheiratung noch fortgesetzt, so gilt das als ein unwiderruflicher Verzicht auf die Beitragserstattung (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 27. 9., 29. 10. 1919 und vom 4. 2. 1920 in AVN. 1919 S. 195, 1920 S. 5, 76).

IV. Eine Rückerstattung von Beiträgen findet nicht statt, wenn die Versicherte gemäß § 390 von der eigenen Beitragsleistung auf Grund einer privaten Lebensversicherung befreit war (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 26. 11. 1919 in AVN. 1920 S. 27).

V. Der Antrag auf Erstattung der Beiträge ist an den Rentenausschuß zu richten. Folgende Unterlagen sind einzureichen:

1. die Versicherungskarten zur Angestelltenversicherung (sind möglicherweise im Besitz des letzten Arbeitgebers, wenn nicht vorhanden, sind Namen und Adressen der letzten Arbeitgeber anzugeben),
2. eine neue standesamtliche Heiratsurkunde (nicht Trauschein!), die nach dem § 338 kostenfrei ausgestellt wird,
3. die Angabe, mit Ablauf welchen Tages Aufgabe der beruflichen Tätigkeit erfolgt ist und ob die Aufgabe endgültig ist,
4. die Angabe, welche Gründe für die endgültige Aufgabe der beruflichen Tätigkeit bestimmend gewesen sind; bei erheblicher Zeitdauer zwischen Eheschließung und Berufsaufgabe ist unter Angabe oder Beifügung von Beweismitteln (z. B. Bescheinigungen von Arbeitgebern über Heeresdienst des Ehemannes, Zeugenbenennung) darzulegen, weshalb trotzdem die Eheschließung als Ursache der Berufsaufgabe angesehen wird.

VI. Der Erstattungsanspruch verjährt nach § 228 Abs. 3 in vier Jahren seit der Fälligkeit.

VII. Sind vorstehende Voraussetzungen des § 62 nicht erfüllt, so ist der Erstattungsantrag aus-

fichtslos. Ausnahmen oder Unterstützungen bei ungünstiger wirtschaftlicher Lage sind nach dem Gesetz nicht zulässig.

VIII. Den aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidenden Versicherten, die die Voraussetzungen des § 62 nicht erfüllt haben, ist die freiwillige Weiterversicherung zur Erhaltung der Anwartschaft auf die sonstigen Leistungen der Angestelltenversicherung zu empfehlen (vgl. die Merkblätter F. 23, 29). Zu diesem Zweck genügt für das zweite bis elfte Kalenderjahr eine Jahresaufwendung von 8 mal 1,60 ℳ = 12,80 ℳ und für jedes weitere Kalenderjahr eine Jahresaufwendung von 4 mal 1,60 ℳ = 6,40 ℳ. Hierbei ist insbesondere zu beachten, daß unter Umständen schon die Wohltat eines einzigen von der Reichsversicherungsanstalt gewährten Heilverfahrens einen Vorteil bedeuten kann, demgegenüber die eingezahlten oder noch einzuzahlenden Beiträge nicht ins Gewicht fallen.

Aber auch wenn die Voraussetzungen der Beitragserstattung erfüllt sind, ist die freiwillige Weiterversicherung vorzuziehen, wenn mit der Möglichkeit späterer Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit zu rechnen ist. Erfolgt die Erstattung, so erlischt das Konto. Die nicht erstatteten Arbeitgeberbeitragshälften verfallen also zugunsten der anderen Versicherten. Dies gilt auch dann, wenn die Angestellte trotz ihrer Verheiratung wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung übernimmt. Für dieses neue Versicherungsverhältnis bleiben also die gesamten früheren Beiträge außer Betracht, wenn Beitragserstattung erfolgt ist. Diese kämen jedoch für die Versicherungsleistungen mit zur Anrechnung, wenn auf die Erstattung verzichtet und freiwillig weiterversichert wird.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

a) Kassenleistungen bei Totgeburt. b) Ersatzansprüche zwischen Kassen wegen zu Unrecht gewährter Familienhilfe. c) Zugehörigkeit zur Innungskrankenkasse.

1. **Nach W. in Westf.** Antwort: a) Die von Ihnen angeführte Auskunft im Jahrg. 1911 S. 358 Ziff. 5 trifft noch jetzt zu. 'Die Ausstoßung einer schon längere Zeit im Mutterleibe abgestorbenen Frucht ist keine Entbindung, wird aber der Regel nach als Krankheit anzusehen sein, nämlich als ein regelwidriger Vorgang im Körper, der ärztliche Behandlung oder sonst einen Akt der Krankenpflege im Sinne des § 182 RVO. erforderlich macht. Die Kasse hat also insoweit nur Krankenhilfe zu gewähren (zu vgl. Besch. des RArbMin. in ArbVers. 1920 S. 26 nebst Anmerkung). Als Leistung der Wochenhilfe kann nur die bare Beihilfe bis 50 M. für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich waren, in Betracht kommen (Art. V Ges. v. 29. 7. 21).

b) Die erkrankte Versicherte hat als Mitglied der Ortskrankenkasse die Hilfe des Kassenarztes in Anspruch genommen, dann aber auf Grund der Versicherung des Ehemannes bei einer Betriebskrankenkasse, die Familienhilfe gewährt, sich in die Behandlung eines anderen Arztes begeben und sich von diesem in ein auswärtiges Krankenhaus einweisen lassen. Die Betriebskrankenkasse, die erst nach Abschluß der Behandlung von der Sachlage Kenntnis erhielt, fordert — mindestens in gewissen Grenzen — mit Recht von der Ortskrankenkasse Ersatz der Aufwendungen. Die Auskunft im Jahrg. 1914 S. 608 Ziff. 13 trifft jetzt nicht mehr zu. Denn nach § 205b Ziff. 1 RVO. in der Fassung des Ges. v. 29. 7. 21 kann die Satzung Krankenpflege nur an solche Familienangehörige der Versicherten zubilligen, die darauf nicht anderweit nach der RVO. Anspruch haben. Die selbstversicherte Frau hatte also keinen Anspruch auf die Familienhilfe der Betriebskrankenkasse. Diese Kasse kann daher Ersatz der zu Unrecht gewährten Leistungen von der Ortskrankenkasse verlangen (zu vgl. § 224 Ziff. 2 RVO.). Weil aber dieser Ersatzanspruch seinen inneren Grund in der ungerechtfertigten Bereicherung hat (zu vgl. Hahn, Anm. 3a zu § 224), kann die Ersatzpflicht der Ortskrankenkasse nicht über das hinausreichen, was sie selbst hätte aufwenden müssen, wenn die Versicherte weiter in der Behandlung des Kassenarztes geblieben wäre; für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit ist dabei neben Behandlungs- und Heilmittelkosten selbstverständlich auch das Krankengeld zu berücksichtigen.

c) Nach § 250 RVO. gehören in die Innungskrankenkasse alle Versicherungspflichtigen, die in den zur Innung gehörigen Betrieben beschäftigt sind, also auch solche Personen, die ein Bauunternehmer als Innungsmitglied außerhalb seines Betriebssitzes beschäftigt; die Grundsätze über den Beschäftigungsort (§§ 153 ff. 234 RVO.) finden dabei keine Anwendung (zu vgl. Hahn, Anm. 3b zu § 250).

Gilt § 313 Abs. 2 Satz 2 RVO. auch bei Niederkunft?

2. **Nach Saalfeld (Saale).** Frage: Hahn vertritt im Handb. der Krankenvers. Anm. 6 die Ansicht, daß § 313 Abs. 2 Satz 2 seinem Zwecke nach auch auf andere Fürsorgegründe als Krankheit angewendet werden müsse. Liegen Entscheidungen hierüber vor?

Antwort: Entscheidungen sind uns nicht bekannt geworden. Doch wird die gleiche Ansicht auch von Hoffmann in ArbVers. 1915 S. 26 geteilt und wir möchten uns dieser Auffassung, entgegen den Ausführungen von Pfannkuchen in Arb.-Vers. 1914 S. 157, anschließen.

Familienwochenhilfe bei Entbindung nach dem Tode des Versicherten.

3. **Nach Limburg.** Antwort: Nach § 205a Abs. 3 in der Fassung des Gesetzes v. 29. 7. 21 (ArbVers. 1921 S. 490) ist die Familienwochenhilfe „auch zu gewähren, wenn die Niederkunft innerhalb neun Monate nach dem Tode des Versicherten erfolgt". Wenn nun die Niederkunft mehr als sechs

Monate nach dem Tode des Versicherten stattfindet, so kann dieser „im letzten Jahre vor der Niederkunft" nicht mindestens sechs Monate hindurch versichert gewesen sein, wie Abs. 1 Ziff. 3 des § 205a fordert. Es liegt daher allerdings nahe, anzunehmen, daß in den Fällen, in denen die Niederkunft nach dem Tode des Versicherten erfolgt, das Jahr rückwärts nicht von der Niederkunft, sondern vom Tode des Versicherten zu rechnen sei. Dem steht aber die klare Fassung der für alle Leistungen der Familienwochenhilfe geltenden Voraussetzung im Abs. 1 Ziff. 3 des § 205a entgegen. Deshalb wird sich der fahrlässige Gesetzgeber eine Lösung des Widerspruchs gefallen lassen müssen, durch welche zugleich die ganz außerordentliche und recht bedenkliche Erweiterung des Anspruchs (zu vgl. Hahn, MonSchr. für Arb.- u. Angest.-Vers. 1922 Sp. 28 ff.) auf ein allenfalls erträgliches Maß zurückgeführt wird. Aus der gebotenen Berücksichtigung des Abs. 1 Ziff. 3 des § 205a bei Anwendung des Abs. 3 des § 205a ergibt sich, daß diese letztere Vorschrift tatsächlich nur durchführbar ist, wenn die Niederkunft in den ersten drei Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt (zu vgl. Hoffmann aaO. Sp. 40). Nur mit dieser Beschränkung also kann sie gelten.

Wegfall der Wartezeit für das Krankengeld nach § 191 Abs. 2 RVO.

4. **Nach Hannover.** Antwort: Die Bestimmung Ihrer Satzung, daß bei Krankheiten, die „länger als zwei Wochen" dauern, das Krankengeld schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt wird, hat nicht die Bedeutung einer „nach Wochen" bestimmten Frist; denn die Voraussetzung der Bestimmung ist dann erfüllt, wenn die Krankheit mindestens 15 Tage dauert. Es handelt sich also um eine „nach Tagen" bestimmte Frist, die nach § 125 RVO. mit dem Ablauf des letzten, also des fünfzehnten (nicht, wie Sie annehmen, des sechzehnten) Tages der Krankheit endigt.

Gehörschutzkapseln als Heilmittel oder als vorbeugendes Mittel?

5. **Nach Schwabach.** Frage: Von einem Kassenarzt erhielten wir folgende ärztliche Bescheinigung zugesandt: „Bei Friedrich Sch. sind Gehörschutzkapseln notwendig, da derselbe in einem Stampfwerk beschäftigt ist und dadurch schon erheblich an seinem Gehör gelitten hat." Sind wir zur Gewährung dieser Kapseln verpflichtet?

Antwort: Der Arzt wird sich näher über den Zweck dieser Kapseln aussprechen müssen, damit beurteilt werden kann, ob sie lediglich zur Verhütung weiterer Beeinträchtigung des Gehörs oder auch zur Heilung oder Milderung des bereits bestehenden Leidens dienen sollen. Nur im letzteren Falle wäre die Kasse zur Gewährung der Kapseln als eines Heilmittels nach § 182 Ziff. 1 RVO. verpflichtet.

Erwerb der Kassenmitgliedschaft durch unständig Beschäftigte.

6. **Nach Sch.** Antwort: Solange der unständig Beschäftigte nicht Mitglied der Kasse ist, hat er gegen diese keinen Anspruch auf Leistungen. Seine Mitgliedschaft beginnt aber nicht ohne weiteres mit der Beschäftigung, sondern erst mit der Eintragung in das Mitgliederverzeichnis. (§ 442 Abs. 3 RVO.) Allerdings soll die Eintragung nach § 443 erfolgen, sobald die Kasse davon Kenntnis erhalten hat, daß ein unständig Beschäftigter ihres Bezirkes keiner Krankenkasse angehört. Aus der Verzögerung der Eintragung kann aber der Armenverband, der den unständig Beschäftigten im Wege der Armenpflege unterstützt hat, keine Ansprüche herleiten. Seine Forderung, die Kasse solle ihm für die armenrechtliche Krankenhilfe Ersatz leisten für eine Zeit, in der der Unterstützte noch nicht Mitglied war, ist ungerechtfertigt. Überdies ist für die Entstehung der Mitgliedschaft nicht bloß die Eintragung erforderlich, sondern es müssen noch die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllt sein. Es muß daher vor allem eine Beschäftigung vorliegen. Daher würde ein längere Zeit infolge Krankheit Arbeitsunfähiger trotz Eintragung nicht Mitglied werden und also keinen Anspruch auf Krankengeld erwerben. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 3 zu § 442.)

Kassenbeamte als Mitglieder des Ausschusses; Widerstreit zwischen Amtspflicht und Privatinteresse.

7. **Nach Marburg.** Antwort: Die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes dürfen nach § 21 Abs. 4 RVO. nicht zugleich Beamte der Kasse sein. Für die Mitglieder des Ausschusses gilt das nicht. Kassenbeamte dürfen also dem Ausschuß angehören und folglich bei den Beratungen und Beschlußfassungen dieses Organs mit vollen Rechten wie alle anderen Ausschußmitglieder teilnehmen. Nur die allgemeine Vorschrift des § 23 Abs. 3 RVO. gilt selbstverständlich auch für sie. Danach darf der Beamte nicht teilnehmen an der Beratung und Abstimmung über solche Gegenstände, die sein Privatinteresse berühren. Ein solcher Fall liegt aber nicht vor, wenn es sich um die Beratung über die Dienstordnung handelt und der Beamte dieser nicht untersteht, weil ihm die Rechte und Pflichten eines gemeindlichen Beamten übertragen und deshalb für seine Dienstverhältnisse lediglich die Bestimmungen des vom Oberversicherungsamt aufgestellten Regulativs maßgebend sind.

Zur Schweigepflicht der Vorstands- und Ausschußmitglieder.

8. **Nach Landshut.** Antwort: Allerdings sind nach § 11 RVO. die Sitzungen der Organe der Versicherungsträger nicht öffentlich. Daraus folgt aber nicht, daß unbedingt alle Gegenstände, die in ihnen besprochen werden, streng vertraulich behandelt werden müssen und daß aus der Nichtöffentlichkeit eine gesetzliche Schweigepflicht herzuleiten ist. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 Abs. 2 zu § 11.) Was aber als vertraulich zu behandeln ist, ergibt sich aus den §§ 141 ff. RVO. Die dort erwähnten Angelegenheiten dürfen also nicht in den Gewerkschaften bekannt gegeben werden. Dasselbe gilt von solchen Angelegenheiten, deren Bekanntwerden die Kasse schädigen könnte. Endlich sind solche Angelegenheiten als vertraulich zu behandeln, die durch Beschluß der Kassenorgane für vertraulich erklärt werden. Das Mitglied, das solchen Beschlüssen zuwider vertrauliche Besprechungen Dritten, also auch den Gewerkschaften mitteilt, würde sich als vertrauensunwürdig erweisen und seines Amtes gemäß § 24 RVO. enthoben werden können.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1347 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. März 1922 | Heft 9

Zwei dringliche Abänderungsvorschläge zum Angestelltenversicherungsgesetz.

Von Landesrat *Illing* in Lübeck.

Die Reichsregierung hat einen Gesetzentwurf betr. Abänderung des Angestelltenversicherungsgesetzes eingebracht, durch welchen den am meisten der Abstellung bedürftigen Mängeln der jetzigen Angestelltenversicherung abgeholfen werden soll. Alle nicht dringend erforderlichen Änderungen, insbesondere die Umgestaltung der Organisation, sind auf später bis zu einer gründlichen Durcharbeitung des ganzen Gesetzes verschoben worden.

Hiernach haben die vielen gewichtigen Stimmen, die frei von parteipolitischen und persönlichen Rücksichten aus rein sachlichen Gründen für eine möglichst baldige Beseitigung der kostspieligen Sonderversicherung der Angestellten durch Verschmelzung derselben mit der Invalidenversicherung eintraten, bei der Regierung leider wieder kein Gehör gefunden. Das ist um so mehr zu bedauern, als mit jedem Jahre, in welchem beide Versicherungen noch weiter nebeneinander bestehen, eine Vereinigung naturgemäß immer schwieriger wird.

Die Novelle bringt an Änderungen einmal eine neue Lohnklasseneinteilung, eine den jetzigen Zeitverhältnissen entsprechende wesentliche Erhöhung der Ruhegelder und Hinterbliebenenrenten nebst Abänderung der Berechnungsmethode, eine in der Tat sehr zu begrüßende Milderung der jetzt besonders harten Bestimmungen über den Verlust der Anwartschaft, eine der Erhöhung der Leistungen entsprechende Steigerung der Beiträge und die Einführung des Markenentrichtungsverfahrens für diese an Stelle des bisherigen Kontenverfahrens, das in der Praxis wohl bei einer Krankenkasse mit örtlich beschränktem Wirkungskreis sich bewährt haben würde, bei einem so riesigen und weitverzweigten Versicherungsträger, wie es die Reichsversicherungsanstalt ist, aber versagen mußte.

I. Nicht ist eine *Änderung des Kreises der Versicherten* vorgesehen. Eine solche scheint aber mehr denn je geboten. Denn die gegenwärtige Rechtslage, wonach zwei Gruppen von Angestellten ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsverdienstes, also unter Umständen in der höchsten Lohnklasse, sowohl in der Angestellten- wie in der Invalidenversicherung versicherungspflichtig sind, ist völlig unhaltbar geworden. Es handelt sich dabei um die *nicht gehobenen Büroangestellten* und die *nicht zu den Schiffern (Kapitänen) gehörenden Schiffsoffiziere der Handelsmarine und sonstige gehobene Schiffsangestellte.*

Die ersteren sind ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Diensteinkommens nach § 1226 Nr. 1 RVO. als Gehilfen invalidenversicherungspflichtig, zugleich aber, soweit sie im Hauptberuf und nicht nur mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen be-

schäftigt werden, nach § 1 Nr. 2 AngVG. angestelltenversicherungspflichtig. Es ist das, zumal die Reichsversicherungsanstalt, gestützt auf die Gesetzesmotive, auch diejenigen Büroangestellten, die neben ihrer mechanischen Hauptarbeit nur nebenher noch einige nicht mechanische Arbeiten verrichten, für sich in Anspruch nimmt, das große Heer der bei den Behörden und in Privatbetrieben in nicht gehobener Stellung tätigen Bürogehilfen.

Die zweite Gruppe wird in § 1226 Nr. 6 RVO. ebenfalls ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Diensteinkommens für invalidenversicherungspflichtig erklärt, während sie nach § 1 Nr. 6 des AngestVG., soweit sie im Hauptberuf tätig sind, auch angestelltenversicherungspflichtig sind.

Alle übrigen in beiden Gesetzen erwähnten Gruppen sind unter den jetzigen Verhältnissen entweder nur invaliden- oder nur angestelltenversicherungspflichtig. Die Gruppen der Nr. 1 des § 1226 RVO. gehen — mit Ausnahme eben der obenerwähnten Bürogehilfen — die Angestelltenversicherung überhaupt nichts an. Die Gruppen 2 bis 5 scheiden, nachdem auch die neueste Novelle zur RVO. die jetzt geradezu lächerlich gewordene Verdienstgrenze von 2000 M. für ihre Versicherungspflicht beibehalten hat, jetzt tatsächlich aus.

Nur bei den beiden obenerwähnten Gruppen gehen noch die Grenzen der Invaliden- und Angestelltenversicherungspflicht ineinander über, so daß regelmäßig eine Doppelversicherung für sie besteht. Solche war früher nicht so bedenklich. Denn ehe die gewaltige Steigerung aller Löhne einsetzte, blieben die Bürogehilfen wohl zumeist, die Schiffsoffiziere zum Teil mit ihrem Jahreseinkommen, ebenso wie zahlreiche Angehörige der Gruppen 2 bis 5 innerhalb der Verdienstgrenze von 2000 M. Innerhalb dieser Verdienstgrenze machten aber die Beiträge zur Angestelltenversicherung mit den Invalidenversicherungsbeiträgen z u s a m m e n nicht mehr wie etwa 8 v. H. des Diensteinkommens aus; erst bei höheren Gehaltsstufen als 2000 M. waren die Beiträge zur Angestelltenversicherung a l l e i n auf 8 v. H. des Diensteinkommens bemessen. Überdies waren sowohl Invalidenversicherungs- wie Angestelltenversicherungsbeiträge auch in den höheren Lohnklassen von erträglichem Ausmaß, so daß auch die höher als mit 2000 M. besoldeten Büro- und Schiffsangestellten sich durch die Doppelversicherung nicht übermäßig belastet zu fühlen brauchten.

Das ist jetzt wesentlich anders geworden. Nicht nur, daß zur Zeit kaum einer der betreffenden Angestellten noch unter der Verdienstgrenze von 2000 M. verbleibt, es sind auch die Beiträge in beiden Versicherungen, wenn die jetzige Novelle zum Angestelltenversicherungsgesetz Gesetz wird, an sich betrachtet, derartig hohe geworden, daß man es den Doppeltversicherten und ihren Arbeitgebern schlechterdings nicht verdenken kann, wenn sie sich mit aller Gewalt gegen die Doppelversicherung sträuben.

Zur Beseitigung der Doppelversicherung der B ü r o g e h i l f e n bietet sich jetzt in der Novelle zum Angestelltenversicherungsgesetz die beste Gelegenheit. Sie gehören als „Gehilfen" ebensowenig in die Angestelltenversicherung hinein, wie alle übrigen unter Nr. 1 des § 1226 RVO. fallende Gruppen. Die Bürogehilfen sind seinerzeit wohl deshalb in die Angestelltenversicherung aufgenommen worden, weil man von der Annahme ausging, daß ihre Tätigkeit bei ihrem geistigen Gehalt sie im allgemeinen über die mechanisch arbeitenden Personen heraushob, und sie den sonstigen nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Gruppen näherte. Man bedachte dabei aber nicht, daß auch bei vielen anderen Gehilfen ebenso wie bei Angehörigen anderer Gruppen der Nr. 1 des § 1226 (Facharbeiter), die Arbeit durchaus nicht rein mechanisch ist, sondern daß diese Gruppen auch Personen umfassen, die bei ihrer Arbeit unter Umständen weit mehr als das von einem Bürogehilfen im Durchschnitt zu verlangende Maß von Kenntnissen und geistiger Anspannung anwenden müssen.

Es war also ein Fehlgriff, die nicht in gehobener Stellung befindlichen Büroangestellten aus den Gruppen der Nr. 1 des

§ 1226 für die Angestelltenversicherung herausnehmen, die nicht minder geistig tätigen Personenkreise anderer Gruppen dieser Nummer aber unberücksichtigt zu lassen. Der Kreis der Angestelltenversicherten läßt sich eben nicht mehr allein unter dem Gesichtspunkt voneinander trennen, daß zu letzteren die mechanisch tätigen, und zu ersteren die nicht bloß mechanisch tätigen gehören sollen.

Da aber eine reinliche Scheidung zwischen Invaliden- und Angestelltenversicherung jetzt unbedingt geboten erscheint, so dürfte es das allein Richtige sein, die Gruppen der Nr. 1 des § 1226 der Reichsversicherungsordnung ganz der Invalidenversicherung zu überlassen und demnach die nicht gehobenen Büroangestellten aus der Gruppe 2 des § 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes, in die sie nach ihrer gesamten wirtschaftlichen und sozialen Lage nicht hineingehören, zu streichen und damit ihre Unterstellung unter den vom Gesetzgeber absichtlich so weit gefaßten Begriff „des Gehilfen" auch vom Standpunkt der Angestelltenversicherung aus anzuerkennen. Man könnte dagegen einwenden, daß ja auch andere Klassen von Gehilfen (Handlungsgehilfen und Apothekergehilfen) vom Gesetzgeber aus der Gesamtheit der Gehilfen herausgehoben und für angestelltenversicherungspflichtig erklärt worden sind, und daß die Doppelversicherung ebenso gut wie bei jenen auch bei den Bürogehilfen durch Ausdehnung der Verdienstgrenze von 2000 M. auf sie vermieden werden könnte. Dem steht aber entgegen, daß das kaufmännische Personal (und die diesem gleich zu achtenden Apothekergehilfen) in seiner Gesamtheit von jeher, und zwar auch schon in der Invalidenversicherung, als in sich geschlossener, technisch und sozial höher stehender Berufsstand behandelt worden ist, so daß seine Gleichstellung mit den Betriebsbeamten, Werkmeistern und sonstigen gehobenen Angestellten unbedenklich erschien und erscheint. Dies trifft aber auf die Bürogehilfen, die sich nach Vorbildung geistiger Leistungsfähigkeit und sozialer Stellung aus den verschiedensten Elementen zusammensetzen, keineswegs zu.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den gehobenen Schiffsangestellten. Diese sollten den gehobenen Angestellten anderer Berufszweige unbedingt gleich behandelt werden, und es ist auch wohl nur auf ein gesetzgeberisches Versehen zurückzuführen, daß dies nicht schon längst geschehen ist. Während also die Büroangestellten in nicht gehobener Stellung als versicherungspflichtige Gruppe aus § 1 Nr. 2 AngestVG. beseitigt werden sollten, müßten die gehobenen Schiffsangestellten in der nächsten Novelle zur Reichsversicherungsordnung insofern den Schiffern (Kapitänen) gleichgestellt werden, als auch ihre Invalidenversicherungspflicht bei Überschreiten der für die Gruppen 2 bis 5 und die Schiffer vorgesehenen Verdienstgrenze ihr Ende findet. Das würde unter den jetzigen Verdienstverhältnissen, und wenn die jetzige Lohngrenze von 2000 M. beibehalten wird, wie bei den übrigen Gruppen die praktische Folge haben, daß sie sämtlich einer Doppelversicherung überhoben werden

II. Ebenso dringend geboten wie eine Änderung des Versichertenkreises dürfte aber auch die alsbaldige Vereinheitlichung wenigstens der Spruchinstanzen in der Invaliden- und Angestelltenversicherung sein. Verfasser hat bereits im Jahre 1917 im Zentralblatt der Reichsversicherung (S. 412 ff.) auf die Notwendigkeit einer solchen Vereinheitlichung hingewiesen. Die damals vorgebrachten Gründe treffen heute noch, und zwar in verstärktem Maße, zu. Es ist praktisch ein Unding, daß die in unserem vielgestaltigen Berufsleben oft so schwierige Abgrenzung des Kreises der Invalidenversicherten von dem der Angestelltenversicherten von zwei völlig unabhängig voneinander arbeitenden Instanzenzügen vorgenommen wird. Entgegengesetzte Entscheidungen sind dabei unvermeidlich, und dieser Mißstand fällt um so schwerer ins Gewicht, als die beiderseitigen Instanzen ja nicht nur jede für ihr Gebiet, sondern auch für das des anderen Teiles Recht sprechen sollen (§ 210 AngestVG.). Bei der gegenwärtigen Rechtslage ist es durchaus denkbar, daß je ein bei

demselben Arbeitgeber in gleicher Weise beschäftigter Angestellter in letzter Instanz vom Oberschiedsgericht für ein nur invalidenversicherungspflichtiger Gehilfe und vom Reichsversicherungsamt für ein nur angestelltenversicherungspflichtiger Angestellter in gehobener Stellung erklärt wird. Auch die Teilnahme von zwei Mitgliedern des Reichsversicherungsamts an den Sitzungen des Oberschiedsgerichts bildet keinen sicheren Schutz hiergegen, da jene überstimmt werden können. Mögen nun aber auch wechselseitige Feststellungen der Versicherungspflicht in der obenerwähnten Art nur selten vorkommen, viel bedenklicher, weil praktisch näherliegend, erscheint die Möglichkeit, daß die beiden obersten Instanzen einseitig jede für ihr Gebiet die Versicherungspflicht bejahen und so zu einer Doppelversicherung ganzer gleichartig beschäftigter Personenkreise nötigen. Solche Fälle sind dem Verfasser bereits wiederholt aufgestoßen. Z. B. hat das Oberschiedsgericht in mehrfachen Entscheidungen Zuschneider auf Grund ihrer Zuschneidetätigkeit (einschl. Maßnehmen und Anprobieren) als gehobene Angestellte anerkannt (vgl. Laß, Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts, S. 44), während das Reichsversicherungsamt in einer eingehend begründeten Entscheidung vom 18. Januar 1919 die Zuschneider von Herrengarderobegeschäften, deren Tätigkeit überwiegend im Zuschneiden, Maßnehmen und Anprobieren besteht, für invalidenversicherungspflichtige Gehilfen erklärt. Ähnlich weichen beide oberste Spruchbehörden in ihrer Ansicht über die Führer von kleinen Schleppdampfern voneinander ab, die vom Oberschiedsgericht als Schiffer (Kapitäne) angesehen und daher für angestelltenversicherungspflichtig erklärt werden (Laß a. a. O. S. 83), während das Reichsversicherungsamt in einer Entsch. vom 10. Juni 1920 (Amtl. Nachr. 1920 S. 383) denselben für die Regel die Schiffereigenschaft abspricht und sie daher auch bei einem Diensteinkommen von mehr als 2000 M. für invalidenversicherungspflichtig hält.

Die Folgen solcher wie auch anderer schon in den unteren Instanzen entstehender Unstimmigkeiten werden von den Beteiligten natürlich auf das lästigste empfunden und müssen zu unerträglichen Zuständen führen, je höher die Beiträge zu beiden Versicherungen werden, je schwerer also Arbeitgeber und Versicherte durch eine Doppelversicherung belastet werden. Eine Änderung läßt sich nur durch Vereinheitlichung des Instanzenzuges für beide Versicherungen ermöglichen, und zwar käme dafür selbstverständlich nur die Zusammenlegung der beiderseitigen Instanzen in dem bereits für die Invalidenversicherung bestehenden, vortrefflich organisierten Instanzenzuge (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt) in Frage. Daß auch sonstige nicht zu unterschätzende Vorteile mit einer solchen Gesetzesänderung verbunden sein würden, ist bereits in dem obenerwähnten Aufsatz ausgeführt. Sie seien hier nochmals kurz zusammengefaßt. Es würde dadurch

1. auch mit der Rechtsprechung in Krankenversicherungssachen die jetzt völlig fehlende Fühlung gewonnen;

2. die je länger, desto mehr gebotene Dezentralisation der Rechtsprechung in den unteren Instanzen erreicht, ohne daß wieder neue Spezialgerichte gebildet zu werden brauchten;

3. eine wesentliche Kostenersparnis erzielt, wobei allerdings vorausgesetzt werden muß, daß nicht bloß die Entscheidungen in Sachen der Versicherungspflicht, sondern auch die übrigen jetzt den Rentenausschüssen obliegenden Aufgaben den genannten Instanzen übertragen werden.

Erleichterter Steuerabzug für Versicherungsträger.

Von Gustav Wasewitz, Bureauvorsteher der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin.

Der § 45 des Einkommensteuergesetzes vom 29. März 1920 (RGBl. S. 359) verpflichtete die Arbeitgeber nach näherer Anordnung des Reichsministers der Finanzen, bei der Lohnzahlung 10 v. H. des Arbeitslohnes einzubehalten und für den einbehaltenen Betrag Steuermarken in die Steuerkarten des Arbeitnehmers einzukleben und zu entwerten. Nachdem diese Vorschrift durch das Gesetz zur ergänzenden Regelung des Steuerabzuges vom Arbeitslohn vom 21. Juli 1920 (RGBl. S. 1463) sowie durch das Gesetz zur Änderung des Einkommensteuergesetzes vom 24. März 1921 (RGBl. S. 313) weitere Ergänzungen erhalten hatte, wurde sie durch das Gesetz über die Einkommensteuer vom Arbeitslohn vom 11. Juli 1921 (RGBl. S. 845) aufgehoben und durch neue Bestimmungen ersetzt. An dem Grundgedanken hielt jedoch der Gesetzgeber fest. Er verpflichtet nach wie vor den Arbeitgeber, vom Arbeitslohn einen Betrag von 10 v. H. unter Berücksichtigung der vorgesehenen Ermäßigungen einzubehalten (§ 46) und den einbehaltenen Betrag bei jeder Gehalts- oder Lohnzahlung in Form von Steuermarken in das Steuerbuch des Arbeitnehmers einzukleben und zu entwerten (§ 51 Abs. 1). Dem Reichsfinanzminister wurde aber die Möglichkeit gelassen, ein abweichendes Verfahren anzuordnen und insbesondere zu bestimmen, daß die Verwendung von Steuermarken unterbleibt und die Einzahlung des vom Arbeitslohn einbehaltenen Betrages durch den Arbeitgeber unmittelbar bei seiner Finanzkasse erfolgt (§ 51 Abs. 2).

Die zum Gesetz über die Einkommensteuer vom Arbeitslohn erlassenen Durchführungsbestimmungen vom 3. Dezember 1921 (Zentralblatt für das Deutsche Reich 1921 Nr. 52) regeln die Verwendung der einbehaltenen Steuerbeträge durch Steuermarken (§§ 39 bis 47) und durch Einzahlung oder Überweisung (§§ 48 bis 56). Die Vorschriften über die Verwendung des Abzuges durch Steuermarken dürften allgemein bekannt sein und erübrigen eine Besprechung. Ihre Durchführung bringt zweifellos den Arbeitgebern erhebliche Belastungen, Schwierigkeiten, Differenzen und sogar finanzielle Verluste, da sich Fälscher und Betrüger sehr schnell des neuen und einträglichen Gewerbes des Markenfälschens und des Vertriebes gefälschter Steuermarken bemächtigt haben. Die Bestimmung des § 48 der Durchführungsvorschriften, daß mit Genehmigung des Finanzamts eine Verwendung von Steuermarken unterbleibt und die Einzahlung der einbehaltenen Steuerbeträge durch den Arbeitgeber in bar oder durch Überweisung auf das Postscheck- oder Bankkonto der für den Betriebssitz zuständigen oder einer anderen bestimmten Finanzkasse erfolgen kann, bedeutet bis zu einem gewissen Grade eine Erleichterung des Steuerabzuges. Dieses Verfahren ist aber nach den bestehenden Vorschriften mit so vielem Schreibwerk verbunden, daß es, besonders bei größeren Verwaltungen und Betrieben, recht erhebliche Kosten verursacht. Es wird gefordert, daß die Arbeitgeber für jeden Arbeitnehmer ein vom Finanzamt geliefertes Überweisungsblatt zu führen haben, in dessen Spalten bei jeder Lohn- und Gehaltszahlung der Zahltag, die Höhe des Bruttoverdienstes (unter gesonderter Aufführung von Tantieme, Gratifikationen oder ähnlichen einmaligen Einnahmen), etwaige Dienstaufwandsentschädigungen und die Summe des Steuerabzuges einzutragen sind (§ 49). Am Schlusse des Kalendervierteljahres müssen die Überweisungsblätter durch Aufrechnung abgeschlossen und neue Überweisungsblätter für das folgende Quartal angelegt werden. Die Summe der einbehaltenen Steuerbeträge jedes Überweisungsblattes ist dann in eine Nachweisung zu übertragen. Damit nicht genug, ist auch noch für jede Gemeinde und für jedes Finanzamt des

Arbeitnehmers eine besondere Nachweisung zu verwenden, in welcher der Name und Betriebssitz des Arbeitgebers sowie die Steuerbuchnummer, der Name und der einbehaltene Steuerbetrag des Arbeitnehmers anzugeben sind (§ 53). Außerdem hat der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer nach Ablauf eines Kalendervierteljahres, spätestens jedoch beim Ausscheiden aus dem Arbeits- oder Dienstverhältnis, auf Verlangen eine Bescheinigung über die bis zu diesem Zeitpunkte einbehaltenen und abgeführten Steuerbeträge auszuhändigen (§ 55). Neben den Lohnbüchern muß demzufolge der Arbeitgeber bei diesem Verfahren für jeden Arbeitnehmer Überweisungsblätter führen, jedem Finanzamt Nachweisungen einreichen und außerdem noch jedem Beschäftigten Steuerabzugsbescheinigungen ausfertigen. Daß diese Vorschriften dem Arbeitgeber Erleichterungen bringen, darf wohl nicht behauptet werden. Die Lohnsteuer wird daher nach wie vor die Geschäftsunkosten und Verwaltungsausgaben merklich belasten.

In einer Bekanntmachung vom 11. Juli 1921 (Zentralblatt für das Deutsche Reich, Seite 661) hat der Reichs-Finanzminister deshalb bereits angeordnet, daß der Steuerabzug von den Bezügen der Beamten, der in einem dauernden Dienstverhältnis stehenden Angestellten, der Ruhegehaltsempfänger und Hinterbliebenen bei Reichs- und Landesbehörden sowie auch bei Gemeindeverwaltungen, deren Betrieb die erforderliche Sicherheit gewährt, auf Antrag in einem erleichterten Verfahren bewirkt werden kann. Dieses erleichterte Verfahren ist — veranlaßt durch einen Antrag der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin — durch eine weitere Bekanntmachung des Reichsfinanzministeriums vom 2. Januar 1922 (Zentralblatt 1922 Seite 19) inzwischen auf die Reichs- und Landesbehörden, Gemeindeverwaltungen, Körperschaften des öffentlichen Rechts, Landesbanken und ähnliche Organisationen, deren Geschäftsbetriebe die erforderliche Sicherheit bieten, ausgedehnt worden. Dadurch können auch die Versicherungsträger von dem erleichterten Steuerabzug Gebrauch machen und ihre Verwaltungsarbeiten und Ausgaben etwas entlasten. Nach diesem Verfahren kommt das Kleben der Steuermarken und das Ausschreiben der Überweisungsblätter in Fortfall. Die zu diesem Verfahren zugelassenen Versicherungsträger haben den Steuerabzug in einer Summe ohne Aufführung des einzelnen Steuerpflichtigen der zuständigen Finanzkasse zuzuführen. Nach Ablauf des Kalenderjahres sind für die in Betracht kommenden Gehaltsempfänger Ausweise nach vorgeschriebenem Muster, die Namen und Wohnung des Steuerpflichtigen, Jahresarbeitsverdienst und den Steuerabzug enthalten, auszufertigen und in einer nach Gemeinden bzw. Finanzämtern geordneten Zusammenstellung einzutragen. Versicherungsträger, die von dem erleichterten Steuerabzug Gebrauch machen, haben neben der Führung einer Gehaltsliste — mit Rubriken für den Steuerabzug eingerichtet — im allgemeinen nur noch jährliche Steuerzusammenstellungen auszufertigen. Das ist eine recht erhebliche Erleichterung des Steuerabzuges und Überweisungsverfahrens. Die Steuerbehörden behalten sich natürlich die Prüfung der Bücher und Ausweise vor. Zweckmäßig ist, die Ausweise in Heftform, laufend numeriert, mit einem abtrennbaren Kontrollabschnitt anfertigen zu lassen, damit Mißbräuche ausgeschlossen sind. Das erleichterte Steuerabzugsverfahren wird nur für Beamte und Festangestellte der Versicherungsträger, und zwar auf besonderen Antrag, zugelassen. Über die Anträge von Versicherungsträgern entscheidet der Präsident des Landesfinanzamts; erstreckt sich der Bereich eines Versicherungsträgers auf mehrere Landesfinanzämter, so steht die Entscheidung dem Reichsminister der Finanzen zu.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Vertretungsbefugnis des Vorstandsvorsitzenden kann durch ministerielle Anordnungen auf Grund des Betriebsrätegesetzes nicht erweitert werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Juni 1921 (3085 Amtl. Nachr. 1921 S. 410).

Durch das zwischen dem Arbeitgeberverbande Deutscher Berufsgenossenschaften und den Angestelltenverbänden am 14. November 1919 abgeschlossene Übereinkommen sind die Bezüge der Angestellten der dem Arbeitgeberverband angehörenden Berufsgenossenschaften mit Wirkung vom 1. April 1919 neu geregelt worden. Die örtlich zuständige Baugewerks-Berufsgenossenschaft war an diesem Übereinkommen nicht beteiligt, da sie dem Arbeitgeberverbande nicht angehört. Das Übereinkommen ist dann aber durch Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 6. April 1920 gemäß § 2 Verdg. vom 23. Dezember 1918 (RGBl. S. 1456) im Gebiete des Deutschen Reichs für allgemein verbindlich erklärt worden, und zwar ist der Beginn der allgemeinen Verbindlichkeit auf den 1. Januar 1920 festgesetzt worden. Die Berufsgenossenschaft hat infolgedessen ihren Angestellten von diesem Zeitpunkt ab die Bezüge nach den Sätzen des Übereinkommens gezahlt. Die Angestellten verlangen jedoch die Gewährung dieser Bezüge schon vom 1. April 1919 ab, indem sie behaupten, der Vorsitzende des Vorstandes der Berufsgenossenschaft habe ihnen die Nachzahlung der Bezüge vom 1. April 1919 ab in einer Sitzung des Betriebsrats ausdrücklich zugesagt. Nachdem der Vorstand die Nachzahlungen verweigert hatte, hat der Angestellte H. P. bei dem Amtsgericht in B. gegen die Berufsgenossenschaft Klage auf Zahlung des Unterschieds zwischen den für die Zeit vom 1. April bis 31. Dezember 1919 tatsächlich erhaltenen und den nach den Sätzen des Übereinkommens berechneten Bezügen im Betrage von 993,46 M. erhoben. Das Amtsgericht hat durch Urteil vom 14. Februar 1921 die Klage abgewiesen mit der Begründung, daß, da es sich um einen vermögensrechtlichen Anspruch aus dem Dienstverhältnis eines berufsgenossenschaftlichen Angestellten handelte, nach § 705 RVO. der Rechtsweg erst zulässig sei, nachdem zuvor das Reichsversicherungsamt eine Entscheidung erlassen habe. Daraufhin haben sowohl der Angestellte H. P., als auch weitere 18 Angestellte bei dem Reichsversicherungsamte Beschwerde erhoben mit dem Antrag, die Berufsgenossenschaft zu verurteilen, ihnen die Bezüge nach den Sätzen des Übereinkommens vom 14. November 1919 schon vom 1. April 1919 ab zu gewähren. Sie berufen sich auf die Niederschrift über diese Sitzung, an der seitens des Vorstandes der Berufsgenossenschaft dessen Vorsitzender teilgenommen und die Erklärung abgegeben hat, in Ausübung der Rechte und Pflichten des Arbeitgebers im Sinne des § 14 Nr. 2 des Betriebsrätegesetzes verbindlich verhandeln zu wollen, und behaupten, der Vorsitzende des Vorstandes habe in dieser Sitzung den Angestellten die Gewährung der Bezüge des Übereinkommens vom 1. April 1919 ab zugesagt. Die Berufsgenossenschaft bestreitet, daß eine solche Zusage des Vorsitzenden des Vorstandes, selbst wenn sie gegeben worden wäre, für sie bindend sei. — Das RVA. hat in diesem Sinne entschieden aus folgenden Gründen:

Die Erklärung des Vorsitzenden des Vorstandes der Berufsgenossenschaft würde letztere nur dann verpflichten, wenn sie in Ausübung und innerhalb des Rahmens der ihm durch Gesetz und Satzung eingeräumten Befugnis zur Vertretung der Berufsgenossenschaft nach außen abgegeben worden wäre. Der Vorsitzende des Vorstandes hätte aber mit der Übernahme der Verpflichtung zu der verlangten Nachzahlung, die für alle in Betracht kommenden Angestellten einen Betrag von über 12 000 M. ausmacht, seine Vertretungsbefugnis überschritten. Die RVO. hat die Regelung der Rechte und Pflichten des Vorstandes sowie dessen Vertretung nach außen der Satzung vorbehalten (§ 677 Nr. 2, 3). Die Satzung der Berufsgenossenschaft bestimmt in § 22 Abs. 1 im allgemeinen, daß die Genossenschaft und ihr Vorstand nach außen durch den Vorsitzenden vertreten wird; im Abs. 3 ist dessen Vertretungsbefugnis aber insofern eingeschränkt, als bei gewissen Verfügungen über Vermögensgegenstände und bei Eingehung von Verpflichtungen, sofern es sich um Werte von mehr als 1000 M. handelt, die Genossenschaft durch den Vorsitzenden und ein zweites Mitglied des Vorstandes vertreten wird. Nach dieser Bestimmung der Satzung konnte also der Vorsitzende des Vorstandes die Verpflichtung zu den von den Angestellten verlangten Nachzahlungen mit Wirksamkeit gegenüber der Berufsgenossenschaft nicht allein übernehmen; es hätte vielmehr dazu der Mitwirkung eines zweiten Vorstandsmitgliedes bedurft.

Nun berufen sich allerdings die Beschwerdeführer darauf, daß auf Grund des § 14 Nr. 2 des Betriebsrätegesetzes vom 4. Februar 1920 durch Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 11. März 1920 bestimmt worden ist, daß die Rechte und Pflichten des Arbeitgebers nach dem Betriebsrätegesetze bei den dem Reichsversicherungsamt unterstellten Berufsgenossenschaften durch die Vorstandsvorsitzenden ausgeübt werden, und daß der Vorsitzende sich zu Beginn der betreffenden Sitzung des Betriebsrats nach Hinweis auf diese Bestimmung bereit erklärt hat, verbindlich zu verhandeln. Es ist also die Frage zu prüfen, ob durch diese auf Grund des § 14 des Betriebsrätegesetzes erlassene Vorschrift der obersten Reichsbehörde die Vertretungsbefugnis des Vorsitzenden des Vorstandes der Berufsgenossenschaft über die durch die Satzung bestimmten Grenzen hinaus erweitert worden ist. Nach den §§ 66 Nr. 5, 78 Nr. 2, 3 des Betriebsrätegesetzes gehört es aller-

lings zu den Aufgaben der Betriebsräte, für die Arbeitnehmer gemeinsame Dienstvorschriften und Änderungen derselben im Rahmen der geltenden Tarifverträge mit dem Arbeitgeber zu vereinbaren und, soweit eine tarifvertragliche Regelung nicht besteht, im Benehmen mit den beteiligten wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitnehmer bei der Regelung der Löhne und sonstigen Arbeitsverhältnisse mitzuwirken. Zur Erfüllung dieser Aufgaben, zu denen auch die Regelung der Gehaltsverhältnisse der Angestellten für die Zeit vor der Verbindlichkeit des Übereinkommens gehört, hat sich also der Betriebsrat mit dem Arbeitgeber, dessen Rechte und Pflichten nach dem erwähnten Erlaß des Reichsarbeitsministers der Vorsitzende des Vorstandes ausübt, in Verbindung zu setzen, und dieser hat namens der Berufsgenossenschaft die Verhandlungen zu führen. Die Ausübung der Rechte und Pflichten des Arbeitgebers nach dem Betriebsrätegesetz umfaßt aber an sich nicht ohne weiteres die Befugnis zur unbeschränkten Vertretung der Berufsgenossenschaft gegenüber den Angestellten in vermögensrechtlicher Beziehung. Eine solche Erweiterung der Vertretungsbefugnis der Vorstandsvorsitzenden würde eine erhebliche Beeinträchtigung des Selbstverwaltungsrechts der Berufsgenossenschaften bedeuten. Denn dieses Selbstverwaltungsrecht besteht zu einem großen Teile gerade darin, daß das Gesetz den Berufsgenossenschaften ausdrücklich die Möglichkeit gewährleistet hat, durch die Satzung ihre Vertretung zu regeln und damit einerseits die Vertretungsbefugnis der genossenschaftlichen Organe zu beschränken und anderseits die ehrenamtlichen Vorsitzenden bei wichtigen Geschäften von der alleinigen Verantwortung zu entlasten. Daß das Betriebsrätegesetz dieses Selbstverwaltungsrecht hätte ändern wollen, ist nicht anzunehmen. Wenn ein solcher Eingriff in die auf gesetzlichen und statutarischen Bestimmungen beruhende Organisation der Berufsgenossenschaften und sonstigen Körperschaften des öffentlichen Rechts hätte erfolgen sollen, so hätte dies im Gesetze zweifelsfrei zum Ausdruck gebracht werden müssen, wie das im § 104 des Betriebsrätegesetzes hinsichtlich zahlreicher anderer gesetzlicher Bestimmungen, die durch das Betriebsrätegesetz beeinflußt werden, geschehen ist. Mangels einer entsprechenden ausdrücklichen Vorschrift im Gesetz ist deshalb anzunehmen, daß die auf besonderen gesetzlichen oder statutarischen Bestimmungen beruhenden Beschränkungen der Vertretungsmacht der Organe öffentlich-rechtlicher Körperschaften durch die allgemeine Bestimmung des § 14 Nr. 2 des Betriebsrätegesetzes und die dazu erlassenen Vorschriften der obersten Reichs- und Landesbehörden nicht berührt werden.

Deshalb ist nach dem weiter oben bereits Ausgeführten durch die Erklärung des Vorsitzenden des Vorstandes gegenüber dem Betriebsrat in Ermangelung der Mitwirkung eines zweiten Vorstandsmitglieds eine Verpflichtung der Berufsgenossenschaft zur Nachzahlung der Bezüge des Übereinkommens vom 1. April 1919 ab nicht begründet worden.

Rechtsbeschwerde gegen eine aufsichtliche Anordnung (§ 30 RVO.) steht nur den Beteiligten zu.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Oktober 1921 (2676 Amtl. Nachr. 1921 S. 416).

Die Hebamme Fräulein Frieda E. in B. hatte beim Versicherungsamte beantragt, dem Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse K. die Verwendung von Kassenmitteln für die Ausbildung einer Hebamme zu untersagen. Das Versicherungsamt hat durch Verfügung vom 2. Juli 1921 es abgelehnt, eine dahingehende Anordnung zu erlassen. Hiergegen hat die Vorsitzende des Hebammenvereins Schw.-R. rechtzeitig Beschwerde beim Oberversicherungsamt eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde durch Entscheidung vom 21. Juli 1921 als sachlich nicht begründet zurückgewiesen. Gegen diese Entscheidung hat die Vorsitzende des bezeichneten Hebammenvereins weitere Beschwerde beim Reichsversicherungsamt eingelegt. — Diese Beschwerde ist als unzulässig verworfen worden aus folgenden Gründen:

Der Beschlußsenat, dem die Sache nach § 1781 Abs. 1 der RVO. zur Entscheidung überwiesen ist, hatte zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin überhaupt zur Einlegung der Beschwerde befugt ist. Sie fühlt sich dadurch beschwert, daß die Aufsichtsbehörde es abgelehnt hat, eine dem Antrag der E. entsprechende Anordnung zu erlassen. Zwar kann auch ihr, wie Frl. E. selbst, die Befugnis nicht bestritten werden, das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde um ein Einschreiten nach § 30 RVO. zur Behebung angeblich bestehender Mißstände zu ersuchen. Hier ist der Personenkreis nicht begrenzt. Fraglich ist nur, inwieweit eine Entscheidung des Versicherungsamts, in der nach sachlicher Prüfung ein Einschreiten im Aufsichtsweg abgelehnt wird, im Rechtszug angefochten werden kann. Dabei ist daran festzuhalten, daß die Rechtsbeschwerde demjenigen, der die Aufsichtsbehörde angerufen hat, nur dann zusteht, wenn ihm zugleich die Stellung eines Beteiligten zukommt (zu vgl. Entsch. 1974, 2020, Amtl. Nachr. 1915 S. 378, 512). Daß aber die Vorsitzende des Hebammenvereins oder auch Frl. E. selbst als eine Beteiligte zu gelten hätten, kann nicht anerkannt werden. Denn hierzu sind regelmäßig nur solche Personen zu rechnen, deren rechtliches Interesse durch die Entscheidung betroffen und in deren Rechte unmittelbar eingegriffen wird. Dagegen gehört hierzu nicht schon ein jeder, auf den der Ausgang einer Sache günstig oder ungünstig zurückwirkt (zu vgl. Entsch. 2182, Amtl. Nachr. 1916 S. 431). Nur um eine solche Rückwirkung kann es sich bei Frl. E. und den übrigen Hebammen insofern handeln, als diese durch die

Niederlassung einer weiteren Hebamme lediglich in ihren Einkünften aus ihrem Berufe geschmälert werden. Dagegen werden irgendwelche rechtlichen Interessen der Bezeichneten, auf deren Schutz sie einen Anspruch hätten, durch die ablehnende Entscheidung des Versicherungsamts nicht berührt. Nach alledem durfte das Oberversicherungsamt überhaupt nicht in eine sachliche Prüfung der Beschwerde eintreten.

Versicherungspflicht als Handlungsgehilfin auf Grund eines als „Pachtvertrag" bezeichneten Vertrages.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Berlin (Abt. Wilmersdorf) vom 6. Dezember 1921.

Die Entscheidung hängt davon ab, ob Frau M. auch während der Zeit vom 1. März bis zum 31. Juli 1921 zu den Personen gehörte, die nach § 165 RVO. „gegen Entgelt beschäftigt werden". Bei der Prüfung ist nach Ziffer 10 der Anleitung des RVA. über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 davon auszugehen, daß die Versicherungspflicht eintritt, wenn ein Verhältnis wirtschaftlicher und persönlicher Abhängigkeit des Arbeitenden von einem Arbeitgeber nachweisbar ist. Dabei genügt aber die Tatsache der wirtschaftlichen und persönlichen Abhängigkeit, der Form eines im Sinne des bürgerlichen Rechts gültigen Dienstvertrages bedarf es nicht.

Doch liegt hier sogar ein solcher formeller Vertrag vor. Zwar bezeichnet er sich äußerlich als ein „Pachtvertrag", die Firma F. wird in ihm als „Verpächterin", Frau M. als „Pächterin" bezeichnet. Verträge sind jedoch nach § 157 BGB. so auszulegen, wie Treu und Glauben es mit Rücksicht auf die Verkehrssitte erfordern. Hierbei ist nach § 133 a. a. O. der wirkliche Wille zu erforschen und nicht an dem buchstäblichen Sinn des Ausdrucks zu haften.

Prüft man den zwischen der Firma F. und der Frau M. abgeschlossenen Vertrag in diesem Sinne, so ergibt sich, daß hier kein Pachtvertrag nach § 581 BGB. sondern ein Dienstvertrag nach § 611 a. a. O. vorliegt. Es fehlt an den beiden wesentlichen Erfordernissen des Pachtvertrages: a) der Überlassung eines Gegenstandes — dies kann auch ein Gewerbebetrieb sein — zur Nutzung, b) der Zahlung eines Pachtzinses durch den Pächter — der Vertrag schließt vielmehr — siehe insbesondere § 8 — das Gebrauchsrecht des Pächters an den Gegenständen des Geschäfts, der Ladeneinrichtung usw. ausdrücklich aus. Die Einnahmen des Geschäfts erhält nicht etwa der als Pächter bezeichnete Vertragsteil, sondern die Firma F. Dafür zahlt der sogenannte Pächter keinen Pachtzins, erhält vielmehr von der Firma F. 10 % vom Bruttoumsatz als Provision. Auf diese Provision zahlt die Firma monatlich 500 Mark auf jeden Fall, auch wenn durch den Umsatz dieser Betrag nicht erreicht werden sollte. Der Vertrag führt dazu aus, „daß 25 Arbeitstage im Monat und für jeden Tag 20 M. als garantierte Umsatzprovision gerechnet werden". Im übrigen enthält der Vertrag noch Vorschriften, durch die das Verhalten der sogenannten Pächterin eingehend geregelt, ihr die Arbeitszeit nach Benennung der Tagesstunden genau angegeben, das Gewähren von Kredit verboten wird usw. Nach § 2 hat sie alle Aufträge nur der Verpächterin zu übergeben, Verstöße hiergegen ziehen eine Vertragsstrafe nach sich.

Hieraus ergibt sich nicht nur praktisch die völlige wirtschaftliche und persönliche Abhängigkeit der Frau M. von der Firma F., sondern noch darüber hinaus, daß der Vertrag vom 24. Februar 1921 seinem Inhalte nach kein Pachtvertrag ist, vielmehr alle wesentlichen Bestandteile eines Dienstvertrages enthält, und zwar einer Anstellung der Frau M. als Handlungsgehilfin. Handlungsgehilfe ist nach § 59 HGB. wer a) in einem Handelsgewerbe, b) zur Leistung kaufmännischer Dienste, c) gegen Entgelt, d) angestellt ist.

Diese vier Voraussetzungen treffen, wie sich aus dem voraufgeführten Vertragsinhalt ergibt, auf das Vertragsverhältnis zwischen der Firma F. und Frau M. zu.

Die Firma ist Kaufmann im Sinne des HGB., die Leitung einer Zweigniederlassung sind kaufmännische Dienste, Frau M. erhielt hierfür als Entgelt freie Wohnung und 10 % Provision, von denen 500 M. monatlich garantiert waren; es liegt ein festes Vertragsverhältnis vor, kraft dessen sie dem Organismus des Geschäfts der Firma derart angehört, daß sie in bezug auf die Ausübung ihrer Dienstleistungen vollständig von den Anordnungen der Geschäftsleitung abhängig war. (Staub, Kommentar zum Handelsgesetzbuch Band I S. 273 II 1. a. K.). Frau M. ist also auf Grund des § 165 Abs. 1, Ziff. 3 RVO. als Handlungsgehilfin auch für die Zeit vom 1. März bis 31. Juli 1921 krankenversicherungspflichtig.

Die Tatsachen, die die Firma hiergegen anführt, die garantierte Umsatzprovision werde, im Falle die Filiale aus irgend einem Grunde geschlossen würde, entsprechend gekürzt, Frau M. sei im Krankheitsfalle verpflichtet, für Vertretung zu sorgen, sie erhalte keinen Urlaub, treffen nur Nebenabreden des Vertrages, die, wenn sie gegen zwingende Bestimmungen des durch die wesentlichen, vorher aufgeführten vier Merkmale begründeten Handlungsgehilfenvertrages verstoßen, unter Umständen nichtig seien, aber an der Charakterisierung des vorliegenden Vertrages als eines Dienstvertrages nichts ändern können. Ferner hat die Firma

noch geltend gemacht, daß der Frau M. durch § 11 des Vertrages die Pflicht auferlegt sei, „ihr Pachtverhältnis bei der Behörde gewerblich anzumelden". Auch dies ist unerheblich. Denn wem die Pflicht zur Anmeldung eines Gewerbes zur Gewerbesteuer obliegt, ist eine Frage, die auf Grund des öffentlichen Rechts zu prüfen ist, aber nicht durch privatrechtliche Vereinbarungen geregelt werden kann.

B. Zur Militärversorgung.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod infolge progressiver Paralyse und Einatmen von Nitroglyzerindünsten verneint.

Ref. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 12. Januar 1921 (Entsch. Bd. 1 S. 245).

Nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft führt Syphilis häufig zum Tode infolge Gehirnerweichung, ohne daß es eines äußeren Anlasses zum Eintritt dieser Folge bedarf. Die Friedens- und Kriegserfahrungen lehren nicht, daß die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse schlechthin die Auslösung der progressiven Paralyse begünstigen oder ihren Verlauf ungünstig beeinflussen. Die Annahme von Dienstbeschädigung oder Kriegsdienstbeschädigung für dieses Leiden ist daher nur ausnahmsweise gerechtfertigt. Das Militärversorgungsgericht hat nun im Anschluß an das Gutachten seines Vertrauensarztes angenommen, daß das paralytische Leiden des Verstorbenen durch die Einatmung giftiger Nitroglyzerindünste während seiner Tätigkeit in der Pulversortierungsanstalt im November und Dezember 1915, also durch eine Dienstbeschädigung, erheblich verschlimmert worden ist, und daß dieser Umstand den Verlauf des Leidens wesentlich beeinflußt hat. Dieser Auffassung hat sich der Senat auf Grund des überzeugenden und eingehend begründeten Obergutachtens des Universitätsprofessors Dr. F. nicht anschließen können. Der Sachverständige kommt bei seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, daß weder aus den praktischen ärztlichen Erfahrungen, noch aus einer wissenschaftlichen Analyse des Wesens der Nitroglyzerinvergiftung ein ausreichender Anhalt dafür zu gewinnen ist, daß die erwähnte dienstliche Beschäftigung bei dem Ehemann und Vater der Kläger den Ausbruch der Paralyse hervorgerufen oder beschleunigt hat. Denn gerade die Symptome, welche bei Nitroglyzerinvergiftungen fehlen, wie Spannung des Pulses und erhöhter Blutdruck, werden in dem in dem Krankenblatt über ihn niedergelegten Befund hervorgehoben, während das bei einer solchen Vergiftung regelmäßig beobachtete Sinken des Blutdrucks nicht erwähnt wird. Der Obergutachter hält es zwar theoretisch für möglich, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Nitroglyzerineinwirkung und Paralyse vorhanden sein kann. Aber abgesehen davon, daß eine Nitroglyzerinvergiftung bisher nirgends als auslösende oder verschlimmernde Ursache für Paralyse erwähnt ist, und daß der Verstorbene nur ganz leichte Symptome einer solchen Vergiftung gezeigt hat, fehlt es im vorliegenden Fall vor allem an dem ununterbrochenen Zusammenhange der Krankheitssymptome von der Zeit der Einwirkung der Einatmung der Nitroglyzerindünste bis zum Ausbruch der „manifesten" Erscheinungen. Der zwischen seiner Tätigkeit in der Pulversortierungsanstalt beziehungsweise seiner Rückkehr aus Bad Nauheim und dem „manifesten" Hervortreten der Paralyse liegende Zeitraum, für welchen Anzeichen eines Hirnleidens nicht gemeldet werden, beträgt 1½ Jahre. Besonders diese Tatsache widerspricht, wie der Obergutachter zutreffend hervorhebt, der Annahme, daß das tödliche Leiden durch eine Nitroglyzerinvergiftung wesentlich beeinflußt worden ist.

Die Festsetzung eines nach dem 31. März 1920 liegenden Endtermins für eine auf Grund des alten Rechts festgestellte Rente ist unzulässig.

Ref. Entsch. des **Reichsversorgungsgerichts** vom 4. April 1921 (Entsch. Bd. 2 S. 30).

Auf Grund des Gutachtens des Kreisarztes ist angenommen worden, daß die Folgen der Dienstbeschädigung am 1. April 1920, dem Tage des Inkrafttretens des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920, noch nicht beseitigt waren. Es war vielmehr davon auszugehen, daß die durch den Militärdienst herbeigeführte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers um 10 v. H. den 31. März 1920 überdauert hat. Veränderungen in den Folgen der Dienstbeschädigung, die erst nach dem 31. März 1920 eingetreten sind, können aber bei Zuerkennung einer Rente nach dem alten Recht nicht berücksichtigt werden. Dies ergibt sich aus § 93 Satz 1 des Reichsversorgungsgesetzes, der vorschreibt, daß die auf Grund der bisher geltenden Gesetze zu zahlenden Versorgungsgebührnisse nach dem 1. April 1920 so lange weitergezahlt werden, bis die Gebührnisse nach dem Reichsversorgungsgesetz festgestellt sind. Hieraus ist zu entnehmen, daß auf Grund des alten Rechts festgestellte Renten nach dem 31. März 1920 nur noch nach dem Reichsversorgungsgesetz neu festgestellt oder entzogen werden können. Das Reichsversorgungsgesetz aber kann im Spruchverfahren der Militärversorgung erst dann zur Anwendung kommen, wenn die Versorgungsansprüche nach diesem Gesetz durch Bescheid der Verwaltungsbehörde festgestellt sind (zu vgl. die grundsätzliche Entscheidung vom 15. Juni 1920, Entscheidungen des Reichs-Militärversorgungsgerichts Bd. 1 S. 127, sowie die Entscheidung vom 17. Dezember

1920, daselbst S. 236). Demzufolge kann für eine nach altem Recht zuerkannte Rente auch ein nach dem 31. März 1920 liegender Endtermin nicht festgesetzt werden. Denn die Festsetzung eines Endtermins für die Rente ist gleichbedeutend mit ihrer Entziehung wegen einer inzwischen eingetretenen Änderung der Verhältnisse. Es kann aber für die Rechtslage des Beschädigten keinen Unterschied machen, ob die Bewilligung und die Entziehung der Rente je besonders oder gleichzeitig in derselben Entscheidung vorgenommen werden. Wenn daher die Entziehung der Rente auf Grund des alten Rechts nicht mehr statthaft sein würde, so muß das gleiche für die Festsetzung eines Endtermins gelten. Die Teilrente von 10 v. H. mußte dem Kläger demgemäß ohne Zeitbegrenzung zugesprochen werden.

Versorgungsgebührnisse eines dem Feld- oder Besatzungsheer im Kriege vertraglich verpflichteten Zivilarztes.

Ref. Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 1. März 1921 (Entsch. Bd. 2 S. 1).

Der Verstorbene war durch Vertrag des Kriegsausschusses der Vereine vom Roten Kreuz vom 9. April 1915 als leitender Arzt eines Vereinslazarettzugs privatrechtlich verpflichtet, und die Heeresverwaltung war diesem Dienstvertrage durch Erklärung vom 18. Januar 1916 beigetreten. Er gehörte daher zu denjenigen Personen, die zum Heere in privatrechtlichem Vertragsverhältnis eines Dienstverpflichteten standen (§ 35 OPG.). Die Höhe der Kriegsversorgung für die Hinterbliebenen dieser Personen ist im § 23 Nr. 4 des MHG. geregelt. Danach ist für die Höhe der Kriegsversorgung ausschlaggebend, ob dem Vertragsverpflichteten ein höherer militärischer Rang verliehen worden ist oder nicht. Ist ersteres der Fall, so richtet sich die Höhe nach dem Betrage, der gemäß den Grundsätzen des Bundesrats bei der Berechnung des Ruhegehalts des Verstorbenen zugrunde zu legen gewesen wäre, falls der Verstorbene am Todestage in den Ruhestand versetzt worden wäre. Ist dagegen ein höherer militärischer Rang nicht verliehen, so sind nach dem letzten Satz des § 23 Nr. 4 die den Hinterbliebenen von Gemeinen zustehenden Sätze zu zahlen. Für die Verleihung eines höheren militärischen Ranges bedarf es einer besonderen ausdrücklichen, allgemein oder für den einzelnen Fall abzugebenden Willenserklärung der zur Verleihung zuständigen Stelle. Für die vertraglich verpflichteten Zivilärzte deutscher Staatsangehörigkeit ist eine solche Willenserklärung durch die allerhöchste Kabinettsorder vom 7. August 1913 abgegeben. Diese an das Kriegsministerium gerichtete, von dem damaligen Kriegsminister gegengezeichnete Order legt den Zivilärzten deutscher Staatsangehörigkeit, die in keinem militärischen Dienstverhältnis stehen und sich für den Fall eines Krieges zur Verwendung als Arzt bei dem Feld- oder Besatzungsheere vertraglich verpflichten, während der Dauer dieses Vertragsverhältnisses im Kriege allgemein den militärischen Rang als Sanitätsoffizier bei. Hiernach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß den vertraglich verpflichteten Zivilärzten deutscher Staatsangehörigkeit für die Dauer des Vertragsverhältnisses im Kriege allgemein ein höherer militärischer Rang verliehen worden ist, so daß für die Höhe der Kriegsversorgung der § 23 Nr. 4 Satz 1 des MHG. maßgebend ist. Nach den zu § 35 des OPG. ergangenen Bestimmungen des Bundesrats vom 19. Juni 1906 (Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 659 ff.) beträgt das Ruhegehalt bei völliger Erwerbsunfähigkeit 75 v. H. des pensionsfähigen Diensteinkommens. Als pensionsfähiges Diensteinkommen gilt der Betrag von $^7/_{10}$ der baren Vergütung, die der Dienstverpflichtete während der Dauer eines Jahres für seine Dienstleistung erhält. Der Verstorbene erhielt nach dem Vertrage vom 9. April 1915 ein Honorar von 20 M. für den Tag, also im Jahre 7300 M. Das pensionsfähige Diensteinkommen beträgt hiernach $\frac{7300 \cdot 7}{10} = 5110$ M. Da dieses Diensteinkommen bei einem Vergleich mit dem pensionsfähigen Diensteinkommen der im § 20 des MHG. erwähnten Offizierdienstgrade dem eines Hauptmanns am nächsten steht — das pensionsfähige Diensteinkommen eines Hauptmanns beträgt je nach der Höhe des Gehalts 4774 M. bis 6474 M. — sind nach § 24 des MHG. auch für die Kläger die Versorgungsgebührnisse zu gewähren, die den Hinterbliebenen eines Hauptmanns nach den §§ 20 b aaO. zu zahlen sind, d. h. für die Witwe jährlich 1200 M. Kriegswitwengeld und für jedes der beiden Kinder 200 M.

Pension kann nicht für eine vor dem Ausscheiden aus dem aktiven Militärdienst liegende Zeit gewährt werden.

Ref. Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 1. April 1921 (Entsch. Bd. 2 S. 24).

Der Kläger ist als Offizier des Beurlaubtenstandes am 31. Dezember 1918 aus dem Heeresdienst entlassen worden. Bis zum 31. August 1918 hatte er Besoldungsgebührnisse erhalten, vom 1. September 1918 ab war er bis zur Regelung seiner im Juli 1918 erhobenen Versorgungsansprüche auf Ansuchen seiner Zivilbehörde ohne Besoldungsgebührnisse beurlaubt. Durch Pensionsnachweisung vom 13. Dezember 1919 ist ihm die gesetzliche Pension nebst Kriegszulage vom 1. Dezember 1918 ab bewilligt worden. Auf seine Berufung hat das Militärversorgungsgericht den Beginn der Pension auf den 1. September 1918 festgesetzt. Dem vom Beklagten gegen diese Entscheidung eingelegten Rekurse hat das Reichsversorgungsgericht durch Wiederherstellung des angefochtenen Bescheides stattgegeben. — Gründe:

Das Berufungsurteil stützt sich auf § 20 Abs. 2 des OPG., nach dem die Zahlung der Pensionsgebührnisse mit dem Ablauf des Monats beginnt, für

welchen zuletzt Besoldungsgebührnisse bezahlt worden sind. Bei der Auslegung dieser Bestimmung hat das Militärversorgungsgericht zunächst nicht berücksichtigt, daß die Gewährung von Pension schon begrifflich erst vom Zeitpunkte des Ausscheidens aus dem Dienste in Frage kommen kann. Es hat ferner außer Acht gelassen, daß das Offizierpensionsgesetz selbst Vorschriften enthält, nach denen die Zahlung der Pension für einen in die Dienstzeit fallenden Zeitraum als ausgeschlossen gelten muß. Nach § 6 Abs. 1 daselbst richtet sich die Höhe der Pension nach dem zuletzt bezogenen pensionsfähigen Diensteinkommen und nach der Länge der Dienstzeit. Bei den Offizieren des Beurlaubtenstandes ist nach den §§ 30, 31 Abs. 2 des OPG. als Dienstzeit die im aktiven Heere abgeleistete Dienstzeit zu rechnen, d. i. nach § 38, B 1 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874 die Zeit vom Tage der Einberufung zum Dienst bis zum Ablauf des Tages der Wiederentlassung. Hieraus folgt, daß Offiziere des Beurlaubtenstandes, die während ihrer Dienstzeit Pensionsansprüche erhoben haben und bis zur Entscheidung hierauf ohne Gehalt beurlaubt werden, in dieser Zeit aktive Heeresangehörige bleiben und auf deren Anrechnung als Dienstzeit Anspruch haben. Diese Anrechnung ist unter Umständen bei einer Beförderung während der Beurlaubung für die Höhe der Pension von wesentlicher Bedeutung. Hiernach muß davon ausgegangen werden, daß die Zahlung der Pension nicht in einer Zeit beginnen kann, die noch als Dienstzeit rechnet und damit eine Unterlage für die Festsetzung des Pensionsbetrages bildet. Der Gesetzgeber kann deshalb die Vorschrift des § 20 Abs. 2 aaO. nur für den Fall getroffen haben, daß dem Pensionsberechtigten auch nach dem Ausscheiden aus dem Dienste noch Besoldungsgebührnisse gezahlt worden sind. Er hat dabei offenbar, wie der Beklagte zutreffend ausgeführt hat, die Fälle im Auge gehabt, in denen Offiziere, die mit Pension verabschiedet werden, nach den Besoldungsvorschriften noch einen Anspruch auf Gnadengehalt haben, das ebenfalls zu den Besoldungsgebührnissen rechnet (zu vgl. § 10 Nr. 1 der Friedensbesoldungsvorschrift und §§ 12 Nr. 3, 71 Nr. 3 der Kriegsbesoldungsvorschrift). In diesen Fällen soll der Bezug der Pension erst mit Ablauf des Monats beginnen, für den das Gnadengehalt gezahlt worden ist. Wenn der Kläger für die Auffassung des Militärversorgungsgerichts noch die Bestimmung des § 20 Abs. 3 des OPG. ins Feld führt, so erübrigt sich ein Eingehen hierauf schon um deswillen, weil der Absatz 3 auf Offiziere des Beurlaubtenstandes überhaupt keine Anwendung findet (§ 31 Abs. 1 daselbst). Da die Dienstzeit des Klägers bis zum 31. Dezember 1918 gedauert hat, stehen ihm demnach Pensionsgebührnisse frühestens vom 1. Januar 1919 ab zu. Wenn er für die Zeit seiner Beurlaubung vom 1. September 1918 ab bis zu seiner Entlassung einen Anspruch auf Gebührnisse zu haben glaubt, so können nur Besoldungsgebührnisse in Frage kommen. Aus welchen Gründen der Fiskus den Beginn der Zahlung der Pension schon auf den 1. Dezember 1918 festgesetzt hat, kann dahingestellt bleiben; eine gesetzliche Verpflichtung dazu hat für ihn jedenfalls nicht bestanden.

Sprechsaal.

Zum Begriff der kaufmännischen Angestellten.

Mit Bezug auf unsere Auskunft im Heft 5 S. 80 Ziff. 10 ist uns folgende Zuschrift aus Benrath zugegangen:

Die Schriftleitung der „Arbeiter-Versorgung" verneint die Zugehörigkeit des Personals des Lohnbüros und der Nachkalkulation zu den kaufmännischen Angestellten. Dieses Werturteil bedarf einer kritischen Beleuchtung, da es, sehr zu Unrecht, geeignet ist, das Gros dieser Angestellten in den Augen des Chefs und Kollegen herabzusetzen. — Die Entwicklung der Verhältnisse in der Nachkriegszeit brachte es mit sich, daß für die Entlohnung der Industriearbeiter Vereinbarungen (Tarife) getroffen wurden, welche eine genaue, nach Betriebsart, Alter, Tätigkeitsdauer und Art der Beschäftigung festgesetzte Klasseneinteilung bedingten. An dem erzielten Akkordgewinn nehmen dann die daran tätigen Arbeiter teil, nach Maßgabe ihres Lohnes und der geleisteten Arbeitszeit. Da eine Beteiligung der nicht im Akkord tätigen Leute (Unproduktive) jedoch auch vorgesehen ist, bedingt dies die Ermittelung des sogenannten Werksdurchschnittsakkordes und die Anteilsverrechnung der einzelnen in Betracht kommenden Personen. Die immer umfangreichere Hergabe von Darlehen, Beschaffung von Kohlen, Kartoffeln usw., Herstellung von Wohnungen, Abgabe von Arbeitsgerät und Arbeitskleidung, machen eine sorgfältige Kontenführung und umfangreiche „buchhalterische" Betätigung nötig. Dazu kommt, daß das Lohnbüro fast stets gleichzeitig Hebestelle für die Krankenkasse, Invaliden-Vers. und das Finanzamt ist, und mit allen diesen Stellen feine genauen Abrechnungen vorzunehmen hat. Mit dem Lohnwesen ist ferner noch der Vollzug von Lohnbeschlagnahmen und die Ermittelung der Pfandbeträge verknüpft. Alle diese Arbeiten haben auch einen mehr oder weniger häufigen Briefwechsel im Gefolge und drängen sich auf eine regelmäßige, meist sehr kurze Frist zusammen. Von der Führung der unbedingt notwendigen Personalkartothek, der Einzahlung der Beträge und der Kontrolle der Auszahlung will ich nicht einmal reden. — Ähnlich liegen die Verhältnisse für die Kalkulation. Die im Lohnbüro ermittelten Löhne und Beitragslasten für die Erzeugnisse bilden die Grundlage der Selbstkostenermittelung. Diesen sind dann die Material-

kosten, Brennstoffe, Abnutzung von Gebäuden, Maschinen und Werkzeugen, Verzinsung von Anleihen, Verwaltungskosten u. dgl. hinzuzurechnen, Materialverluste, Abbrand u. dgl. zu berechnen und die Betriebsergebnisse zusammenzustellen und für die Auftragsaufnahme und Statistik zu verwerten. Die vorstehend geschilderte Tätigkeit sowohl im Lohnbüro als auch in der Kalkulatur muß unbedingt sowohl ihrer Art als auch wegen ihres Wertes für eine geordnete kaufmännische Geschäftsführung als „kaufmännische" bezeichnet werden, zumal beide buchhalterische Tätigkeiten bedingen und bei den Lohnbeamten auch noch die Kenntnis der Sozialgesetze. Daß eine besonders gute rechnerische Begabung für diese Arbeit erfordert wird, scheint der Schriftleitung unbekannt zu sein.

Ich bitte um eine nochmalige Prüfung und Beantwortung der Frage an Hand obiger Ausführungen und bemerke, daß das Gesagte für die Art der Tätigkeit und die Organisation dieser Abteilungen in der hiesigen rheinisch-westfälischen Großindustrie fast allgemein zutrifft.

Hierzu müssen wir vorweg bemerken, daß es völlig unverständlich ist, wie unser vermeintliches „Werturteil" geeignet sein könnte, die in Frage stehenden Angestellten in der Meinung irgendeines vernünftigen Menschen „herabzusetzen". Die Antwort auf die Frage, ob jemand als kaufmännischer Angestellter anzusehen ist, ist überhaupt kein Urteil über seinen „Wert", und die Verneinung der Frage kann niemals eine Herabsetzung bedeuten, da auch eine Bürotätigkeit, die nicht das Gepräge der kaufmännischen trägt, eine recht hochwertige geistige Leistung darstellen kann.

In der Sache selbst begnügen wir uns, darauf hinzuweisen, daß der unserer Auskunft zugrunde liegende Tatbestand, so wie er uns unterbreitet worden ist, wesentlich von dem vorstehend geschilderten Sachverhalt abweicht. Wo die Verhältnisse so liegen, wie sie vorstehend dargestellt sind, handelt es sich eben nicht um rein rechnerische und darüber hinaus noch um gewisse mechanische, sondern in der Tat um besondere kaufmännische Kenntnisse und Fertigkeiten, die den Angestellten als Handlungsgehilfen kennzeichnen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Arbeitsgemeinschaft von Reichsversicherungsträgern Groß-Berlins

hat uns den Jahresbericht für 1921 mitgeteilt, der einen Überblick über ihr erfolgreiches Wirken gibt. Wir heben daraus folgendes hervor:

Im März 1921 überwies die Arbeitsgemeinschaft dem Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung zu Berlin einen Zuschuß von 11 475 M. zu den Kosten der im 1. Halbjahr für die Gesamtbevölkerung Groß-Berlins über Gesundheitsfragen abzuhaltenden Vorträge. Die Vorträge wurden im Namen des Landesausschusses und der Arbeitsgemeinschaft durchgeführt und von 34 700 Hörern besucht. Die Unkosten der Vortragsstunden stellten sich für jeden Hörer auf 1,05 M. Der Vortragsplan ist im Zusammenwirken mit der Arbeitsgemeinschaft aufgestellt worden. Auf Grund der bisherigen guten Erfahrungen wird die Arbeitsgemeinschaft die Kurse weiter unterstützen und auch dem Landesausschuß Abhandlungen über die Tätigkeitsgebiete der einzelnen Versicherungsgruppen zur Verfügung stellen. In einem neuerdings gebildeten Provinzialausschuß für Berlin ist die Arbeitsgemeinschaft selbst vertreten.

Das Winterhalbjahr 1921/22 brachte ferner Vortragskurse für die Beamten und Angestellten der Reichsversicherungsträger (zu vgl. ArbVers. 1921 S. 655). Der Vortragszyklus behandelte in neun Vortragsreihen die vier Sondergebiete der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestellten-Versicherung), die Beziehungen der Reichsversicherungsträger zueinander, ihre gemeinsame Arbeit, die Militärversorgung, die allgemeine Wohlfahrtspflege, die Sozialhygiene und das Heilverfahren. Angeschlossene Führungen, insbesondere in Fabriken, erläuterten den theoretischen Vortrag an Hand der praktischen Anschauung. Die Veranstaltung bezweckt eine Einführung der meist spezialistisch ausgebildeten Beamten und Angestellten in den ganzen Aufbau der Sozialversicherung. Das Bedürfnis nach solcher Einführung erweist der Zustrom von etwa 1500 Hörern, welche die beschleunigte Einlegung von Doppelkursen erforderlich machte. — Die Vereinheitlichung des Kontrollwesens bei den Reichsversicherungsträgern wurde durch Aufstellung von hierfür zweckmäßigen Richtlinien vorbereitet, worauf zunächst die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin und die Landesversicherungsanstalt Berlin in einigen Berliner Bezirken praktische Versuche einleitete. Die Erfahrungen dieser Versuche sollen dann baldigst für eine Vereinheitlichung bei allen Versicherungsträgern verwendet werden. — Zur Schlichtung von Streitigkeiten der Reichsversicherungsträger unter Ausschluß des ordentlichen Rechtsweges wurde ein ständiges Schiedsgericht bei der Arbeitsgemeinschaft ins Leben gerufen. Für dieses Schiedsgericht stellt jede Versicherungsgruppe einen Schiedsrichter (2 Stellvertreter), die einen unparteiischen Vorsitzenden wählen. — Wegen Wiedereinführung der ab 1. August 1921 in Wegfall gekommenen Fahrpreisermäßigung für Versicherte der Reichsversicherungsträger steht die Arbeitsgemeinschaft in Verhandlungen mit den zuständigen Ministerien. — In besonders großem Umfange beschäftigte die Arbeitsgemeinschaft im vergangenen Jahre die Prüfung der Möglichkeit eines noch engeren Zusammenarbeitens der Träger der Sozialversicherung mit den Trägern der allgemeinen Wohlfahrtspflege. Die Arbeitsgemeinschaft sprach sich hierbei gegen die von anderer Seite angeregte Übernahme einer Verwaltungstätigkeit auf die Versicherungsträger für die Zusatzfürsorge an Versicherte aus Mitteln der allgemeinen Wohlfahrtspflege aus, die sich auf vermittelnde Geldauszahlung erstrecken sollte, weil ihr dies für die Förderung der allgemeinen Wohlfahrtspflege abträglich erschien. Dagegen erklärte sie sich bereit, solange die Zusammenfassung aller Wohlfahrtsbestrebungen in Berlin nicht erfolgt ist, mit den in Frage kommenden Wohlfahrtsstellen in praktischer Arbeit gute Fühlung zu halten und jene gegebenenfalls zu den Sitzungen der Arbeitsgemein-

schaft einzuladen, sowie bei der eingeleiteten Vereinheitlichung des Kontrollwesens die Wünsche der allgemeinen Wohlfahrtspflege nach Möglichkeit zu berücksichtigen. Am 31. Oktober 1921 fand auf Einladung unserer Arbeitsgemeinschaft eine Besprechung von Vertretern deutscher Arbeitsgemeinschaften von Reichsversicherungsträgern in Berlin statt, um vor allem zu diesen Fragen Stellung zu nehmen, die zudem in der Sitzung des Arbeitsausschusses der Arbeitsgemeinschaft für Neuordnung der Sozialversicherung und des Gemeinsamen Ausschusses zur gesetzlichen Neuregelung der Wohlfahrtspflege mit den deutschen Arbeitsgemeinschaften am 1. 11. 21 zur Beratung standen, Stellung zu nehmen. — In der Besprechung von Vertretern deutscher Arbeitsgemeinschaften von Reichsversicherungsträgern am 31. Oktober 1921 wurde gleichzeitig vereinbart, sämliche Berichte und sonstige Drucksachen der deutschen Arbeitsgemeinschaften an einer Stelle zu sammeln und allen Arbeitsgemeinschaften zugänglich zu machen. Mit der Federführung für diese Sammeltätigkeit und gegebenenfalls fernere freie Aussprache wurde unsere Arbeitsgemeinschaft beauftragt. — Im Beisein von Vertretern unserer Arbeitsgemeinschaft erfolgte in einer Sitzung im Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin vom 6. Dezember 1921 die Gründung einer Interessengemeinschaft der für die Verschickung von Kranken in Frage kommenden Stellen zum Zwecke der Preisregulierung und des Bettenausgleichs. Der Syndikus unserer Arbeitsgemeinschaft hat vorläufig die Geschäftsführung dieser Interessengemeinschaft übernommen. — Für den Bezirk der Stadt Berlin ist die Arbeitsgemeinschaft an der Neufestsetzung des Ortslohnes beteiligt worden. Ihre Vorschläge haben zum größten Teil Berücksichtigung gefunden.

Alle geeigneten Maßnahmen zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse bei der versicherungspflichtigen Bevölkerung sowie zweckdienliche Bestrebungen zur Erhaltung der für die Volksgesundheit wichtigen Institute und Heilanstalten fanden bei der Arbeitsgemeinschaft für deren Verwaltungsbezirk weitgehende Unterstützung. — Zentrale Vereinbarungen ermöglichten den Mitgliedern den Bezug von Instrumenten, Verbandstoffen, Wäsche usw. aus Heeresbeständen zu ermäßigtem Preise. Dem gleichen Zweck dienten auch die Rabattverträge mit verschiedenen Privatfirmen.

Die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft wurde, neben diesen und anderen Arbeiten, als Auskunftsvermittlungs- und Beratungsstelle, sowie zur Vornahme von Ermittlungen stark in Anspruch genommen.

Schrifttum.

Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. III. Band: **Unfallversicherung.** In zweiter Auflage vollständig neu bearbeitet von Geh. Oberregierungsrat Düttmann und Senatspräsident Meinel. Altenburg, S.-A., 1922, bei Stephan Geibel. 613 und XX Seiten. Preis 150, geb. 180 M.

Von dem großen, unter Führung von Düttmann und der Mitwirkung einer Reihe bewährter Fachmänner herausgegebenen Erläuterungswerke ist eine Neuauflage des dritten Bandes — Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung — bereits 1920 erschienen (zu vgl. die Besprechung hier 1920 S. 418). Nunmehr liegt, neun Jahre nach dem Erscheinen der ersten Auflage, auch die Unfallversicherung in neuer Gestalt vor. Dieses Gebiet der Reichsversicherung ist von den Neuerungen zwar nicht in dem Maße wie die anderen Gebiete ergriffen worden, aber doch keineswegs unverschont geblieben; und vor allem haben Schrifttum und Rechtsprechung in der Zwischenzeit reichen Stoff geliefert für die richtige Erfassung vieler Grundgedanken des Unfallversicherungsrechts und für deren praktische Verwirklichung in der Fülle wechselnder Lebenserscheinungen. Diesen Stoff haben die Verfasser mit Umsicht und Sorgfalt in die Erläuterungen hineingearbeitet, was vielfach eine Neugestaltung ganzer Partien des Kommentars bedingte. Daß auch die Vollzugsbestimmungen nicht nur des Reichs, sondern auch der Bundesstaaten mit berücksichtigt sind, macht das Buch in noch weiterem Kreise als die frühere Auflage zu einem besonders wertvollen Hilfsmittel für Studium und Praxis.

Handbuch der Reichsversicherungsordnung. Berlin 1922. Vossische Buchhandlung. 773 und XXXIX Seiten. Preis 88,75, geb. 107,60 M.

Das Buch bringt die RVO. in neuester Fassung mit Einführungsgesetz, Anhängen und ausführlichem Sachregister. Im Vorwort verweist der ungenannte Bearbeiter auf die durch die zahlreichen (mehr als 500) abändernden reichsgesetzlichen Vorschriften, Bekanntmachungen, Runderlasse usw. verursachte Unübersichtlichkeit des Rechtsstoffes und folgeweise Erschwerung und Unsicherheit der Rechtshandhabung. Diesem Übelstande hilft das Buch dadurch ab, daß sämtliche Änderungen in den Text der RVO. hineingearbeitet und durch besonderen Druck kenntlich gemacht sind, während in Anmerkungen die alte Fassung und die zu den einzelnen Paragraphen ergangenen Ausführungsbestimmungen des Reichs und des Reichsversicherungsamts mitgeteilt sind, so daß in der Tat eine sofortige leichte und — wie Stichproben ergeben haben — zuverlässige Orientierung über den geltenden Rechtszustand ermöglicht wird. In den nach Sachgebieten geordneten Anhängen ist das gesamte neue Material enthalten, mit dessen Hilfe nunmehr eine schnelle Orientierung über alle Neuerungen hinsichtlich eines und desselben Gegenstandes erfolgen kann. Ein Register nach der Zeitfolge im Eingang des Buches und ein ausführliches Sachregister am Schlusse sind weitere willkommene Hilfsmittel zu dem gleichen Zwecke. Mit Recht durfte der Bearbeiter sagen, daß hiernach das Buch „weit über den Rahmen einer Textausgabe hinaus zu einem umfänglichen, allseitig verwendbaren Nachschlagewerk für den praktischen Gebrauch" gestaltet ist. — Es schließt nach dem chronologischen Register mit dem 23. 9. 21 ab.

Die Wahlen zur Angestellten-Versicherung. Von Dr. H. Jaeger, Direktor des städt. Versicherungsamts in München. 1922, Verlag von J. Heß in Stuttgart. 87 Seiten. Preis 18 M.

Diese neueste Arbeit des als Praktiker und Schriftsteller bewährten Verfassers ist ein Leitfaden zu den Wahlen der Vertrauensmänner, der Mitglieder des Verwaltungsrats und der Beisitzer in den Behörden der Angestelltenversicherung. Eine treffliche Vorarbeit hat der Verfasser bereits in dem

hier im Jahrg. 1921 S. 517 angezeigten Leitfaden für die Krankenkassenwahlen geleistet. Die dort zur Klärung mancher Zweifel beigebrachten Erwägungen nebst Hinweisen auf Ergebnisse der Rechtsprechung und Verwaltungspraxis auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung konnten vielfach wegen der Gleichheit oder Ähnlichkeit des Rechtsstoffes auch für die Wahlen zur Angestelltenversicherung nutzbar gemacht werden. Die umsichtige, übersichtlich gestaltete und klar gefaßte Arbeit wird allen Beteiligten willkommen sein.

Gesetzeskalender für die deutsche Sozialversicherung. Von Ludwig Brucker. Stuttgart 1922, Verlag von J. Heß. 46 Seiten. Preis 11 M.

Diese mit Fleiß und Sorgfalt gearbeitete Nachweisung aller im Gebiete der Sozialversicherung (seit dem Hilfskassengesetz von 1876 bis zur Bekanntm. v. 12. 10. 21, RGBl. S. 1308) ergangenen Gesetze und Gesetzesänderungen, einschließlich der Verordnungen und Bekanntmachungen, zerfällt in zwei Teile: der erste führt die Gesetze usw. nach der Zeitfolge an und verweist dabei kurz auf Abhandlungen, Erörterungen, Auskünfte und Entscheidungen; im zweiten Teile sind dieselben Gesetze usw. nach der Paragraphenordnung der RVO. und des AngestVersGes. geordnet. Der Wert eines so gestalteten Hilfsmittels liegt auf der Hand: es ermöglicht, sich schnell in der Fülle des unübersichtlich gewordenen Rechtsstoffs zurechtzufinden, sich über die zu den einzelnen Vorschriften ergangenen Rechtsänderungen zu unterrichten und sie an den nachgewiesenen Stellen aufzusuchen.

Das Gesetz v. 29. 7. 21 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge, erläutert von Dr. H. Jaeger, Direktor des städt. Versicherungsamts München. 1922, C. H. Becksche Verlagsbuchhandlung daselbst. 23 S. Preis 3 M.

Das dünne Heftchen, ein Nachtrag zu des Verfassers Kommentar „Die Wochenhilfe", der hier im Jahre 1921 S. 457 mit gebührender Anerkennung angezeigt worden ist, enthält die durch die Gesetzesänderung v. 29. 7. 21 notwendig gewordenen Ergänzungen in der gleichen, dem Verfasser eigenen klaren Form. Er wird allen an diesem Gesetze Interessierten und besonders allen Besitzern des erwähnten Kommentars gute Dienste leisten.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Zum Erlöschen freiwilliger Kassenmitgliedschaft.

1. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat entschieden, daß die Mitgliedschaft freiwillig Beigetretener (§§ 176, 310 RVO.) nicht dadurch erlischt, daß der Versicherte später aus der Beschäftigung, auf der sein Beitrittsrecht beruhte, ausscheidet (Entsch. 2415 Amtl. Nachr. 1918 S. 174, ArbVers. 1918 S. 191). Daß die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter auch durch späteres Überschreiten der Einkommensgrenze nicht erlischt, ist ganz zweifelsfrei, nachdem Abs. 2 des § 314 RVO. durch die Vrdg. v. 22. 11. 18 aufgehoben worden ist.

„Eleven" in der Landwirtschaft als Lehrlinge.

2. **Nach Cleve.** Antwort: Die Eleven sind nach Art und Zweck ihrer Beschäftigung Lehrlinge im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. Sie sind danach gemäß Abs. 2 a. a. O. krankenversicherungspflichtig auch dann, wenn sie nicht „gegen Entgelt" beschäftigt sind; nur haben sie in diesem Falle keinen Anspruch auf Krankengeld (§ 494 RVO.); zu vgl. ArbVers. 1920 S. 620 Ziff. 12). In den von Ihnen bezeichneten Fällen ist aber auch Beschäftigung gegen Entgelt anzunehmen und folglich auch Krankengeld zu gewähren. Ganz zweifelsfrei ist dies in den Fällen, in denen freie Kost und Wohnung gewährt werden (§ 160 Abs. 1 RVO.); für den Wert dieser Bezüge sind die vom Versicherungsamt festgesetzten Ortspreise maßgebend (Abs. 2). Aber auch in den Fällen, in denen der Eleve für Kost und Wohnung einen Betrag an den Arbeitgeber zu zahlen hat, ist immer noch ein entgeltliches Beschäftigungsverhältnis anzunehmen, wenn der Betrag wesentlich unter dem maßgebenden Ortspreise zurückbleibt; denn dann empfängt der Eleve zwar nicht völlig freie Kost und Wohnung, aber doch in dem Mehrwert dieser Bezüge über den von ihm dafür zu zahlenden Betrag immerhin ein Entgelt für seine Beschäftigung. Ist also der Jahreswert von Kost und Wohnung auf 2000 M. festgesetzt und hat der Eleve dafür monatlich nur 100 M. zu zahlen, so beträgt sein Entgelt 800 M. für das Jahr.

Kein Anspruch freiwillig Beigetretener auf Familienhilfe im Falle des § 215 RVO.

3. **Nach Elbing.** Antwort: Ihre Auffassung ist richtig. Eine satzungsmäßige Beschränkung der Leistungspflicht im Rahmen des § 215 RVO. hat für die in dieser Vorschrift bezeichneten Versicherungsberechtigten — also für die nach §§ 176, 310 freiwillig Beigetretenen, nicht auch für die nach § 313 Weiterversicherten — „den Ausschluß von dem Bezuge der sonstigen Kassenleistungen zur Folge" (Entsch. des RVA. 2646 Amtl. Nachr. 1921 S. 333; auch Bescheid v. 15. 11. 20 in ArbVers. 1921 S. 128). Mithin haben diese Versicherten auch keinen Anspruch auf Familienhilfe für ihre Angehörigen nach §§ 32a und 32b Ihrer Satzung, weder in Krankheits-, noch in Wochenhilfefällen.

Beamter oder Beschäftigter im Sinne des § 169 RVO.?

4. **Nach Crailsheim.** Frage: Wir bitten um Auskunft, welche Personen als versicherungsfreie „Beamte", und welche als „Beschäftigte" dieser Art im Sinne von § 169 RVO. anzusehen sind? — Bei der hiesigen Amtskörperschaft sind eine Reihe von Körperschaftsstraßenwärtern in ruhegehaltsberechtigter Stellung gegen dreimonatige Kündigungs-

frist angestellt. Wir sind im Zweifel, ob hier § 169 Abs. 1 oder Abs. 2 RVO. in Anwendung zu kommen hat?

Antwort: Welcher Art die Aufgaben der „Körperschaftsstraßenwärter" sind, ist aus Ihrer Anfrage nicht zu ersehen. Sind sie mit den eigentlich behördlichen Aufgaben der Amtskörperschaft nicht befaßt, so dürfte Beamteneigenschaft im Sinne des § 169 Abs. 1 RVO. nicht in Frage kommen. Sie können aber unter Abs. 2 a. a. O. fallen, wenn sie „mit Anrecht" (nicht bloß mit Anwartschaft!) auf Ruhegehalt bei der Korporation angestellt sind. Wir verweisen im übrigen auf die Entsch. des RVA. in ArbVers. 1921 S. 209 und empfehlen, eine Bestimmung des zuständigen Ministeriums einzuholen, ob die in Frage stehenden Personen als öffentlich-rechtlich angestellte Beamte anzusehen sind.

Zum Begriffe der Entbindung.

5. **Nach Bensheim.** Antwort: Was Sie gegen unsere Auskunft im Heft 3 S. 48 vorbringen und wie Sie sich ihr gegenüber auf die Entsch. des RVA. 2678, Amtl. Nachr. 1921 S. 433 und auf unsere Anmerkung im Jahrg. 1919 S. 26 berufen können, ist unverständlich. Nach der Entsch. liegt eine Entbindung vor, wenn der neue Organismus (das Kind) vom mütterlichen abgetrennt ist, um ein selbständiges Leben zu führen; und in den Gründen ist ausdrücklich gesagt, daß dies der Fall ist, wenn ein lebendiges Kind, frühzeitig oder rechtzeitig, geboren wird, auch wenn es sich dann nicht als lebensfähig erweist. Das ist die Auffassung, die wir schon bisher vertreten haben. Danach ist es ausgeschlossen, das Vorliegen einer Entbindung zu bestreiten, wenn das Kind nach der Abtrennung vom Mutterleibe tatsächlich, sei es auch nur eine Viertelstunde, gelebt hat. Die Entscheidung des RVA. aber betraf eine unreif und tot zur Welt gebrachte Frucht, die vor der 28. Schwangerschaftswoche ausgestoßen und weniger als 32 cm lang, also eine Fehlgeburt war.

Kosten für Rasieren und Haarschneiden im Krankenhaus.

6. **Nach Sorau, N.-L.** Antwort: Zur Förderung der Reinlichkeit, wenngleich nicht unmittelbar zur Förderung des Heilzweckes, sind regelmäßig auch Haarschneiden und Rasieren erforderlich. Daher wird man diese Maßnahmen zwar nicht zur ärztlichen Behandlung, wohl aber zur Pflege und Wartung zu rechnen haben, welche die Kasse bei Krankenhauspflege, selbstverständlich nur in den Grenzen des zur Pflege unbedingt Notwendigen, zu gewähren hat.

Beitragserstattung, wenn Beiträge an eine unzuständige Krankenkasse entrichtet sind.

7. **Nach Annweiler.** Frage: Ein Bauunternehmer hatte ein ganzes Jahr hindurch seine Arbeiter bei einer unzuständigen Ortskrankenkasse gemeldet. Nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, macht die unzuständige Kasse auf den Irrtum aufmerksam und verweist den Arbeitgeber an die zuständige Ortskrankenkasse. Alle Arbeiter werden nun dort abgemeldet und bei uns angemeldet. Ist die unzuständige Kasse verpflichtet, der eigentlich zuständigen Kasse die bisher zu Unrecht vereinnahmten Beiträge nach Abzug etwaiger Kassenleistungen zurückzuerstatten?

Antwort: Die Frage ist zu verneinen, wie wir schon in ArbVers. 1921 S. 579 Ziff. 7 bemerkt haben. Es sei nur noch bemerkt, daß in Fällen der vorliegenden Art es sich empfehlen dürfte, eine Vereinbarung der beiden Kassen unter Zuziehung des Arbeitgebers herbeizuführen. Es könnte festgestellt werden, wieviel an Beiträgen der Arbeitgeber von der unzuständigen Kasse zurückzuverlangen berechtigt ist und wieviel er anderseits an die zuständige Kasse nachzuzahlen hätte. Je nach dem Ergebnis solcher Abrechnung könnte die unzuständige Kasse an die zuständige direkt zahlen, während der Arbeitgeber dann nur entweder noch einen Restbetrag zuzuzahlen oder einen Überschuß zurückzufordern hätte, wenn die Beiträge bei den Kassen verschieden waren.

Das Versicherungsamt kann die Kasse nicht im Aufsichtswege anhalten, streitige Wochenhilfeleistungen zu gewähren.

8. **Nach Wittenberge.** Antwort: Es ist in der ArbVers. schon oft ausgeführt, daß dem Gesetz v. 29. 7. 21 keine rückwirkende Kraft zukommt, und daß daher in Entbindungsfällen, die vor dem Tage der Gesetzeskraft eingetreten sind, Anspruch auf die höheren Wochenhilfeleistungen nicht besteht. Dies ist die herrschende Ansicht. Abweichende Ministerialerlasse sind demgegenüber nicht von zwingender Bedeutung, und es steht insbesondere keinem Versicherungsamt zu, im Hinblick auf einen solchen Erlaß eine Krankenkasse im Aufsichtswege anzuhalten, Leistungen zu gewähren, auf welche nach der Rechtsauffassung der Kasse ein Anspruch nicht besteht. Streit hierüber kann nur im Spruchverfahren entschieden werden. Zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 30 RVO.

Beginn der dreiwöchigen Frist des § 214 im Falle des § 311 RVO.

9. **Nach Würzburg.** Antwort: Wir stimmen der Ansicht von Wasewitz in der ArbVers. 1921 S. 323 bei, wonach die dreiwöchige Frist im Falle des § 214 RVO. von dem Ende der gemäß § 311 verlängerten Mitgliedschaft an zu rechnen ist. Wer als Arbeitsunfähiger Anspruch auf Kassenleistungen hat, bleibt nach § 311 Mitglied. Ein Ausfluß einer freilich bereits erloschenen Mitgliedschaft ist aber der Anspruch aus § 214 RVO. Es liegt daher kein Anlaß vor, die gemäß § 311 verlängerte Mitgliedschaft anders zu behandeln als die während einer Beschäftigung bestehende. Nach dem Wortlaut des § 214 ist die dreiwöchige Frist vom „Ausscheiden" zu rechnen. Hierunter ist das Ausscheiden aus der Kasse zu verstehen. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 214.) Daß die verlängerte Mitgliedschaft als eine vollwertige anzusehen ist, wird auch vom RVA. in seiner Entscheidung vom 25. 9. 1915 (ArbVers. 1916 S. 82 ff.) ausgeführt. Danach sind die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit im Falle des § 311 auf die nach § 214 erforderliche Versicherungsdauer anzurechnen, die verlängerte Mitgliedschaft ist also der regelmäßigen durchaus gleichzuerachten.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1348 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. April 1922 | Heft 10

Das Bureaupersonal des Kaufmanns in der Invalidenversicherung.

Von Landesrat Helms in Lübeck.

Bekanntlich hört die Invalidenversicherungspflicht der Gruppen § 1226 Nr. 2 bis 5 RVO. sowie der Schiffer immer noch, wie wenn es keine Geldentwertung gäbe, bei 2000 M. auf. Man hat doch wohl mit Absicht und der Angestelltenversicherung zu Liebe, die Angestellten durch das Festhalten an jener Verdienstgrenze zum großen Teil aus der Invalidenversicherung herauswachsen lassen. Daraus hat sich, seitdem auch das einfachste Hilfspersonal die 2000 M.-Grenze bei weitem überschreitet, eine Fülle unfruchtbarer Grenzstreitigkeiten ergeben; denn nun kommt es für die Invalidenversicherungspflicht in jedem Falle entscheidend darauf an, ob jemand nach § 1226 Nr. 1 ohne Rücksicht auf den Jahresarbeitsverdienst oder aber nach § 1226 Nr. 2 bis 5 nur bis zur Verdienstgrenze von 2000 M., d. h. überhaupt nicht mehr versicherungspflichtig ist. Bei den zahlreichen Angestellten der Behörden spitzt sich die Frage dahin zu, ob der Beschäftigte sich in einer „gehobenen" Stellung im Sinne des § 1226 Nr. 2 befindet oder ob er nur als einfacher Bureaugehilfe anzusehen ist. Beim Bureaupersonal des Kaufmanns dagegen — ich denke an die Stenotypisten, Maschinenschreiber und Registratoren in den großen, mit weitgehender Arbeitsteilung wirkenden kaufmännischen Betrieben — ergibt sich als entscheidende Frage, ob die betreffenden Personen als Handlungsgehilfen im Sinne des § 1226 Nr. 3 oder als Gehilfen im Sinne des § 1226 Nr. 1 RVO. anzusehen sind; in jenem Falle sind sie von der Invalidenversicherung frei, in diesem sind sie invalidenversicherungspflichtig, zugleich aber, soweit sie nicht — als bloße Abschreiber — nur mechanische Dienste leisten, angestelltenversicherungspflichtig, unterliegen also der leidigen, inzwischen ganz unerträglich gewordenen, aber zweifellos noch zu Recht bestehenden Doppelversicherung.

Da das Problem in der Praxis erst seit einigen Jahren auftauchen konnte, nimmt es nicht wunder, daß Entscheidungen der Versicherungsbehörden darüber bisher noch ganz fehlten — wenn man denn nicht die vom VA. Hamburg ausgegrabene Entsch. 297 des RVA. (Amtl. Nachr. 1893, S. 151), die einen Expeditionsgehilfen in einer Zeitungsexpedition, nach Lage des Falles gewiß mit Recht, für einen Handlungsgehilfen erklärt, als ein freilich sehr dürftiges Präjudiz heranziehen will. Neuerdings liegt nun die S. 86 ff. der Arbeiterversorgung abgedruckte Entsch. des VA. Hamburg vom 3. 12. 21 vor, die sich mit dieser Frage befaßt*); daß sie im Ergebnis falsch und in der Begründung nichts weniger als überzeugend ist, möchten diese Zeilen nachweisen.

Zuzugeben ist dem VA., daß zivilrechtlich zweifellos eine gewisse Neigung besteht, das gesamte Bureaupersonal des Kaufmanns für

*) Die Entscheidung ist nicht rechtskräftig; die Sache wird, da Antrag aus § 1459 Abs. 2 RVO. gestellt ist, das RVA. beschäftigen müssen.

Handlungsgehilfen zu erklären; ich verweise z. B. auf Düringer-Hachenburg. HGB. § 59 Anm. 2, Ritter, § 59 Anm. 2. Das ist leicht verständlich, denn zivilrechtlich ist das Problem an der Frage entwickelt worden, ob für den Rechtsstreit aus dem Dienstverhältnis das Gewerbegericht, also das typische Arbeitergericht, oder das Kaufmannsgericht, also das typische Angestelltengericht zuständig ist; die Invalidenversicherung ist aber von jeher eine Versicherung der Arbeiter und Angestellten gewesen, wenn ihr auch die letzteren seit drei Jahren durch die Unterlassungssünde des nicht eben freundlichen Gesetzgebers zu einem wesentlichen Teil entglitten sind. Jene Einstellung auf die Entscheidung: Gewerbe- oder Kaufmannsgericht muß man beachten, wenn man die mehrfachen älteren Gutachten der Berliner Handelskammer und der Ältesten der Kaufmannschaft dort in Betracht zieht, von denen das VA. Hamburg eins als Eideshelfer für sich verwertet, während es das in der Sache selbst ergangene Gutachten der Hamburger Handelskammer, einer doch vielleicht auch etwas sachkundigen Stelle, ziemlich achtlos als irrig abtut. Übrigens ist auch zivilrechtlich die Abgrenzung keineswegs unbestritten und zweifelsfrei; ein so maßgebender Kommentar wie Staub rechnet (HGB. 8. Aufl. § 59 Anm. 22) Stenographen, Registratoren und Maschinenschreiber nicht zu den Handlungsgehilfen, sondern zu den „anderen Gehilfen" im Sinne des § 83 HGB., und die Entscheidungen der Gewerbe- und Kaufmannsgerichte versuchen noch manche Mittelwege feinerer Unterscheidung.

Wie dem zivilrechtlich auch sein möge, die Frage muß für das Sozialversicherungsrecht besonders gestellt und gelöst werden. Dabei wird man freilich auch hier von der gesetzlichen Definition des Handlungsgehilfen ausgehen müssen, die § 59 HGB. gibt: Handlungsgehilfe ist, wer in einem Handelsgewerbe zur Leistung kaufmännischer Dienste gegen Entgelt angestellt ist. Auf die Begriffsmerkmale des Handelsgewerbes, der Anstellung, des Entgelts kommt es in diesem Zusammenhang nicht an; hier handelt es sich ersichtlich nur um die Frage der „kaufmännischen Dienste". Daß der Kutscher, der Packer, der Lagerarbeiter, die Reinmachefrau, aber auch etwa der Chemiker, der Syndikus keine kaufmännischen Dienste leisten, ist anerkannten Rechtens. Gerade beim Bureaupersonal aber hebt der Zweifel an. Da mag denn jene alte Entscheidung, die das VA. Hamburg (übrigens in einer anderen Entscheidung, als der abgedruckten, aber in einem gleichliegenden und gleichzeitigen Falle) zu seinen Gunsten herangezogen hat, immerhin einen Fingerzeig geben, trotz ihrer Jahre. Sie erklärt den Expeditionsgehilfen für einen Handlungsgehilfen, weil seine Verrichtungen ein Teil derjenigen kaufmännischen Arbeiten seien, welche das Geschäft einer Zeitungsexpedition seinem Wesen nach unerläßlich erfordere. Welche Arbeiten erfordert, allgemein gefragt, der kaufmännische Betrieb seinem Wesen nach unerläßlich? Ich denke: Ein- und Verkauf (allgemeiner vielleicht: Annahme und Erteilung von Aufträgen), Buchhaltung und Korrespondenz. Aber sind denn der Stenotypist, die Maschinenschreiberin „Korrespondenten"? Doch gewiß nicht! Oder ist es Buchhaltung, wenn ein junges Mädchen zur Unterstützung des Buchhalters Prozentsätze ausrechnet, die jener dann in die Rechnung einsetzt? Doch wohl auch nicht! Maschinenschreiben, Stenotypie, Rechnen und Registratur sind doch überhaupt nichts spezifisch Kaufmännisches; die reine Hoheitsverwaltung der Behörden kennt sie — oder, soweit die Stenotypie in Frage kommt, sollte sie kennen — so gut wie der Kaufmann, bei dem gerade diese Formen erst spät sich mit dem Großbetrieb und der immer fortschreitenden Arbeitsteilung absondern. Es sind typische Hilfstätigkeiten, bestimmt, das kaufmännische Personal von untergeordneten Arbeiten, die es in kleineren, weniger arbeitsteiligen Betrieben mit erledigen muß, zu entlasten und es so für seine „kaufmännischen Dienste" freizumachen. Daß die Grenze flüssig sein kann und nicht immer leicht zu ziehen ist, verkenne ich nicht. Immer-

hin läßt sie sich nach diesen Gesichtspunkten feststellen, und das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt trifft m. E. ganz in dem hier vertretenen Sinne das Richtige, wenn es (Angestelltenversicherung 1913 S. 209 zu § 1 unter Ziffer 4) den Grundsatz aufstellt: „In einem kaufmännischen Betriebe angestellte Stenographen und Maschinenschreiber sind als Handlungsgehilfen anzusehen, wenn sie die Stenogramme noch selbständig ausarbeiten und in zur Absendung fertige Geschäftsbriefe umformen, nicht aber, wenn sie das Diktierte lediglich wörtlich in Maschinenschrift wiederzugeben haben, ohne selbständig tätig zu sein.“

In der Tat, ungefähr da dürfte die Grenze zu ziehen sein: wer, wenn auch nach Anweisung, den Inhalt des Schreibens entwirft, bearbeitet Korrespondenz und leistet damit kaufmännischen Dienst; wer dieses Maß von Selbständigkeit nicht aufzubringen hat, ist Schreibhilfe, nicht Handlungsgehilfe. Das dürfte auch der Sinn des Gutachtens der Hamburger Handelskammer sein. Auf die Ausbildung besonderen Wert zu legen, wie das VA. Hamburg es tut, ist m. E. verfehlt; einerseits widerspricht es dem, was sonst in der Sozialversicherung Grundsatz ist: auf die Beschäftigung selbst und nicht auf die Vorbildung zu sehen, anderseits führt es zu dem unannehmbaren Ergebnis, daß Personen, die in demselben Betriebe genau die gleiche Arbeit verrichten, je nach der Art ihrer Vorbildung versicherungsrechtlich verschieden zu bewerten wären.

Das freilich hat die Entscheidung des VA. Hamburg für sich, daß sie die Doppelversicherung vermeidet. Wäre sie damit aus der Welt geschafft, so möchte man eine solche Erweiterung des Handlungsgehilfenbegriffes, wie das VA. sie vornimmt, vielleicht in den Kauf nehmen. Aber das Problem bleibt für die Bureaugehilfen außerhalb der kaufmännischen Betriebe sowie für die Schiffsoffiziere bestehen und schreit geradezu nach einer sachgemäßen Lösung durch den Gesetzgeber, — d. h. m. E. nach der Verschmelzung der Invaliden- und Angestelltenversicherung. Bei dieser Rechtslage ist es gar kein wünschenswerter Erfolg, es auf einem Teilgebiet im Wege sehr anfechtbarer Auslegung zu verwischen. Auch wer bei einer Entscheidung mehr nach dem praktischen Erfolg als nach dem Gesetz sieht, hat darum keinen Anlaß, dem Versicherungsamt Hamburg zuzustimmen.

Zum Urteil des Reichsgerichts über den Vertragsbruch der Ärzte*).

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Berlin-Zehlendorf.

Das hier im Heft 1 S. 11 mitgeteilte Urteil des Reichsgerichts (3. Zivilsenat) vom 21. 11. 21 bedeutet eine starke Ermunterung der Ärzte zur einseitigen Lossagung von übernommenen Vertragspflichten, und es kann kaum zweifelhaft sein, daß es diese Wirkung tatsächlich ausgeübt hat. Die Ärzte hatten durch die Vertreter ihrer Vereinigungen bei den Verhandlungen über Tarifänderungen im Oktober und November 1921 noch versichert, daß die bevorstehende Erhöhung der Grundlöhne und der Versicherungspflichtgrenze für sie kein Anlaß sein werde, wieder wie im Jahre 1920 die Verträge fristlos zu kündigen; dann aber haben sie den zentralen Schiedsspruch der Unparteiischen im Reichsarbeitsministerium über neue Tarifänderungen vom 31. 10. 21 in der Fassung vom 1. 12. 21 abgelehnt und gleichzeitig erklärt, daß sich hiermit nicht allein das Tarifabkommen mit den Kassenhauptverbänden, sondern auch alle damit in engerem Zusammenhang stehenden anderen Vereinbarungen, mit alleiniger Ausnahme des „Berliner Abkommens“ vom 23. 12. 13 mit seinen In-

*) Mit Zustimmung des Verfassers und der Schriftleitung der „Betriebskrankenkasse“ aus Nr. 4 dieser Zeitschrift v. 25. 2. 22 entnommen.

stanzen, erledigt haben. Es ist gewiß kein Zufall, daß dieses radikale Verhalten zeitlich zusammentraf mit dem Bekanntwerden des erwähnten Urteils des Reichsgerichts. Dem höchsten Gerichtshofe kann wegen dieser Wirkung seines Spruchs, selbst wenn er sie hätte vorhersehen können, ein Vorwurf selbstverständlich nicht gemacht werden, wenn seine Entscheidung dem geltenden Recht entspricht. Ob dies tatsächlich der Fall ist, lohnt sich zu untersuchen. Denn der Spruch der höchsten Instanz schafft unanfechtbares Recht nur für den einen Fall, nur für das Verhältnis der an diesem einzelnen Rechtsstreit beteiligten Parteien; und es ist nicht ausgeschlossen, daß in anderen Fällen anders erkannt wird, wenn die Fehlerhaftigkeit der Erwägungen, auf denen die in Frage kommende Entscheidung beruht, aufgezeigt werden kann. Dies soll hier versucht werden.

Verträge sind so auszulegen und folglich auch so zu erfüllen, wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern (§ 157 BGB.). Daraus folgt, daß sich kein Vertragsteilnehmer ohne rechtlich anerkannten Grund einseitig von seinen Vertragspflichten lossagen kann. Ein solcher Grund ist vor allem anzunehmen, wenn die Erfüllung des Vertrages durch einen nachträglich eintretenden Umstand ohne Schuld des Verpflichteten unmöglich wird; in diesem Falle wird der Schuldner von der Pflicht zur Erfüllung frei (§ 275 BGB.). Er wird aber grundsätzlich nicht schon dadurch frei, daß eine Veränderung der Umstände ihm die Erfüllung nur wesentlich erschwert oder ihn sonst in eine ungünstigere Lage bringt, als er bei Eingehung des Vertrages voraussehen konnte. Eine Ausnahme von diesem Grundsatze enthält § 626 BGB.: „Das Dienstverhältnis kann von jedem Teile ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt." — Wie alle Ausnahmen von grundsätzlichen Normen, muß auch diese Vorschrift eng ausgelegt werden. Sie setzt eine wesentliche Änderung der bei Eingehung des Vertrages mutmaßlich gewürdigten Umstände voraus (Begründung zum BGB. Bd. II S. 468, 469); es müssen Umstände eingetreten sein, unter denen nach dem das Vertragsverhältnis beherrschenden Grundsatz von Treu und Glauben, vom Standpunkte der Billigkeit dem einen Teile die fernere Aushaltung des Vertrages nicht zugemutet werden kann (zu vgl. Entschdg. des Reichsgerichts in Zivilsachen 23 S. 167, 170).

Hat, wie im vorliegenden Falle, das Oberlandesgericht einen „wichtigen Grund" im Sinne des § 626 BGB. für vorliegend erachtet, so konnte die Revision nur darauf gestützt werden, daß die Entscheidung auf der Verletzung eines Reichsgesetzes beruhe (§ 549 Zivilprozeßordnung), und eine solche Verletzung liegt vor, wenn eine Rechtsnorm nicht oder nicht richtig angewendet worden ist (§ 550 ZPO.). Ein Irrtum des Gerichts bei der Feststellung des der Entscheidung zugrunde gelegten Tatbestandes bildet hiernach für sich allein allerdings keinen Revisionsgrund. Aber das Gericht hat nach § 286 ZPO. unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlungen und des Ergebnisses einer etwaigen Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden, ob eine Tatsache für wahr oder für nicht wahr zu erachten sei. Diese Vorschrift verletzt ein Gericht, wenn es nicht den gesamten Inhalt der Verhandlungen berücksichtigt, wenn es rechtserhebliche Tatsachen und Verhältnisse, die sich aus dem Vorbringen der Parteien ergeben oder offenkundig sind (§ 291 ZPO.), unbeachtet läßt, oder wenn es zu seinen „tatsächlichen Feststellungen" ersichtlich auf Grund irriger Voraussetzungen oder im Wege irriger Schlußfolgerungen, insbesondere von Voraussetzungen oder Folgerungen gelangt ist, die auf einer Verkennung des Zwecks oder der Tragweite gesetzlicher Vorschriften beruhen. Ein so begründetes Urteil würde also der Revision unterliegen.

Die Entscheidung des Reichsgerichts geht davon aus, es liege kein Anhalt dafür vor, daß das Oberlandesgericht den Rechtsbegriff des wichtigen Kündigungsgrundes im Sinne des § 626 BGB. verkannt habe; sei dies aber der Fall, so sei die Feststellung des Oberlan-

desgerichts, daß bei der durch die Erweiterung der Pflichtversicherungsgrenze geschaffenen neuen Sachlage den Ärzten die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zuzumuten gewesen sei, „weil im wesentlichen auf tatsächlichem Gebiete liegend", den Angriffen der Revision entzogen. Der Vordersatz dieser Ausführung mag als richtig zugestanden werden; die Folgerung ist zu bestreiten. Indem das Gesetz als Voraussetzung des Kündigungsrechts einen „wichtigen" Grund erfordert, stellt es einen Rechtsbegriff auf, der durch bloße Tatsachenfeststellung überhaupt nicht erschöpft werden kann, sondern zu seiner Erfüllung die Bewertung von Tatsachen, die Beurteilung ihrer „Wichtigkeit" im Hinblick auf den Zweckgedanken des § 626 BGB. erfordert. Ein Urteil, das hierin fehlgeht, kann daher der Revision ebensowenig entzogen sein wie ein Urteil, dessen tatsächliche Feststellungen auf Verletzungen prozessualer Vorschriften oder auf Irrtümer im materiellen Recht zurückzuführen sind. Das eine wie das andere trifft auf die Entscheidung des Oberlandesgerichts Celle (Arbeiter-Versorgung 1921 S. 136) zu.

Das Oberlandesgericht führt zunächst folgendes aus: Die Mitwirkung der Ärzte bei der Krankenversicherung sei unter dem sozialen Gesichtspunkte der Hilfe für die wirtschaftlich schwachen Volksschichten erfolgt, auf die der verhältnismäßig eng gezogene Kreis der Versicherungspflichtigen die Wirksamkeit der Krankenkassen beschränkte. Die Krankenkassenpraxis habe für die Ärzte nur einen Gewinn abgeworfen, der nicht den Kosten der Berufsbildung und der standesgemäßen Lebenshaltung entsprach, wenn die Ärzte nicht auch noch Privatpraxis in angemessenem Umfang ausüben konnten. Deshalb sei die Größe desjenigen Bevölkerungsteils, der ihnen als versicherungsfrei für die Privatpraxis übrig blieb, von einschneidender Bedeutung. Indem die Verordnung vom 30. 4. 20 die Versicherungsgrenze für Angestellte, Betriebsbeamte, Lehrer usw. (von damals 5000 M) auf 15 000 M. erhöhte, habe sie „zweifellos" die Versicherungspflicht auf breitere Schichten des Mittelstandes erweitert, also den Kreis der Privatpatienten verengert und damit den Gesichtspunkt der Mitwirkung an einem sozialen Werke und die wirtschaftliche Grundlage der zwischen Ärzten und Krankenkassen geschlossenen Verträge geändert.

Diese Ausführung beruht auf einer völligen Verkennung des Zieles und der Bedeutung der Rechtsentwicklung, die zur Erweiterung der Versicherungsgrenze zuerst von 2500 auf 5000 M., dann auf 15 000 M. (und neuestens auf 40 000 M.) geführt hat. In allen diesen Fällen lag es dem Gesetzgeber fern, „die Versicherungspflicht auf breitere Schichten des Mittelstandes" auszudehnen. Vielmehr lag die Sache so, daß infolge der anfänglich langsam, dann schneller und schließlich sprunghaft fortschreitenden Geldentwertung zahlreiche Angehörige derselben Personengruppen, die der Gesetzgeber von Anfang an für versicherungsbedürftig erachtet und deshalb für versicherungspflichtig erklärt hatte, aus der Versicherungspflicht herausgefallen waren, nur weil sich ihr Jahresarbeitsverdienst scheinbar über die bisherige Versicherungsgrenze erhoben hatte, während er in Wahrheit, nach dem verminderten Geldwerte, dem früheren Verdienst kaum gleichkam und ihn jedenfalls nicht überstieg. Das war, in der Krankenversicherung wie auf den anderen Gebieten der Reichsversicherung, der Grundgedanke und das Ziel der Erhöhung der Versicherungsgrenzen. So ist es neuerdings z. B. auch in einer Sitzung des Verwaltungsrats der Angestelltenversicherung vom 6. 12. 21 ausgedrückt worden: „Die fortschreitende Geldentwertung, deren Ende noch nicht abzusehen ist, zwingt zu einer Erhöhung aller Gehaltsgrenzen der sozialen Versicherung, um zu verhüten, daß erworbene Rechte der Versicherten durch Ausscheiden aus der Versicherungspflicht verlorengehen" (Angestelltenversicherung 1921 S. 239). Das ist treffend. Denn der Gesetzgeber kann selbstverständlich dem Sinken des Geldwertes nicht Schritt für Schritt folgen und ist im allgemeinen dieser Entwickelung bisher nicht zuvorgekommen, sondern nur nachgehinkt, wenn er die Ver-

sicherungsgrenzen erweiterte. Das ist auch bei der Erhöhung der Grenze für die Krankenversicherungspflicht von 5000 auf 15 000 in der Verordnung vom 30. 4. 20 — um die es sich hier handelt — in bemerkenswerter Weise zum Ausdruck gekommen. Manche Kassen haben es nämlich, in richtiger Erkenntnis der wirklichen Sachlage und in billiger Rücksichtnahme, mit der Überschreitung der Grenze für die Versicherungspflicht (und entsprechend mit der Grenze von bisher 2500 M. für die Versicherungsberechtigung nach § 176 RVO.) nicht ganz genau genommen und haben Personen, die jene Grenze überschritten hatten, als versicherungspflichtige Mitglieder weitergeführt (oder, wenn es sich um Versicherungsberechtigte handelte, sie trotz Überschreitens der Einkommensgrenze als freiwillige Mitglieder aufgenommen). Dieses mit dem Gesetz nicht vereinbare Verhalten der Kassen hat der Gesetzgeber nachträglich gebilligt (legitimiert), indem er diese Mitgliedschaften ausdrücklich für nicht mehr anfechtbar erklärte (§ 7 Verordnung vom 30. 4. 20; zu vgl. auch die entsprechende Vorschrift hinsichtlich der neuerlichen Erweiterung der Grenze auf 40 000 M. in § 3 des Gesetzes vom 28. 12. 21). Das bedeutet nichts anderes als die Anerkennung der Tatsache, daß die bisherige Versicherungsgrenze durch die weitere Geldentwertung überholt war und ihr deshalb, wie geschehen, angepaßt werden mußte. Wenn dementgegen das Oberlandesgericht für „zweifellos" erachtete, daß durch die Verordnung vom 30. 4. 20 auch die Versicherungspflicht „auf breitere Schichten des Mittelstandes" erstreckt worden sei, so hat es sich über Ziel und Zweck der Verordnung und auch über ihre tatsächliche Wirkung geirrt.

Das Landgericht Göttingen (2. Zivilkammer), als erste Instanz, hat in seiner Entscheidung (Arbeiter-Versorgung 1920 S. 51) es immerhin für „denkbar" erachtet, „daß durch die Verordnung das Verhältnis der Kassenpatienten zu den Privatpatienten derart verschoben würde, daß die Privatpraxis infolge Vermehrung der Kassenpatienten sehr erhebliche Mindereinnahmen brächte und deshalb eine sofortige Lösung des Vertrages gerechtfertigt wäre." Nach den vorstehenden Darlegungen ist das nicht anzuerkennen. Aber das Landgericht hat wenigstens, sehr vernünftig, alsbald hinzugefügt, daß es nicht ausschlaggebend sei, ob durch die Verordnung der Ärzte s t a n d im allgemeinen geschädigt werde, sondern daß hier nur das zwischen den streitenden Parteien bestehende Verhältnis zu berücksichtigen sei, und im Anschluß hieran hat das Gericht auf Grund unbestrittenen Parteivorbringens über die Zahl der infolge der Verordnung neu hinzugekommenen Kassenmitglieder eine Berechnung aufgestellt, die zu dem Ergebnis führte, daß für die am Rechtsstreit beteiligten 9 Kassenärzte — vorausgesetzt, daß jene neuen Mitglieder als Privatpatienten überhaupt gerade diese Ärzte in Anspruch genommen haben würden — der Ausfall an Gebühren nicht so bedeutend gewesen wäre, daß ihnen nicht für den verhältnismäßig kurzen Zeitraum bis zum Ablauf des Vertrages (31. 12. 20) die Erfüllung zugemutet werden könnte.

Das Oberlandesgericht hat eine Nachprüfung der von der Kasse aufgestellten Übersichten über die Wirkungen der Verordnung abgelehnt, weil sich diese Wirkungen zur Zeit der Kündigung nicht übersehen ließen und sich im Hinblick auf die erst kurze Geltungsdauer und die Möglichkeit von Schwankungen „auch jetzt kaum mit Sicherheit feststellen lassen". Das heißt mit anderen Worten: Das Oberlandesgericht nimmt eine erhebliche Benachteiligung der Ärzte, die sie zur fristlosen Kündigung berechtigt, für erwiesen an, weil sie sich zur Zeit nicht oder doch „kaum mit Sicherheit" erweisen läßt! Aber die Sache lag doch — nicht nur im vorliegenden Falle, sondern allenthalben im Reiche — offenkundig so, daß der größte Teil der durch die Erweiterung der Versicherungsgrenze versicherungspflichtig gewordenen Personen bisher schon auf Grund freiwilliger Weiterversicherung nach § 313 RVO. den Krankenkassen angehörte; der Zugang an neuen Mitgliedern infolge der Erweiterung der Versicherungsgrenze war

äußerst gering. Das war eine Erfahrung, die damals, als das Oberlandesgericht sein Urteil fällte, längst feststand; denn sie war bereits aus Anlaß der ersten Erweiterung von 2500 auf 5000 M. durch die Verordnung vom 22. 11. 18 gemacht worden. So hatte z. B. eine Zählung im Bereiche des Württembergischen Krankenkassenverbandes, der damals mehr als eine halbe Million Mitglieder zählte, ergeben, daß auf 1000 Mitglieder 3,72 und, wenn man das industrielle Stuttgart außer Betracht ließ, auf 1000 sogar nur 2,45 Neuversicherte entfielen (Brucker in „Ortskrankenkasse" 1919 Sp. 147)*). Hätte das Oberlandesgericht die rechtsgeschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung in dieser Richtung verfolgt, so hätte es darin eine Bestätigung der Auffassung des Landgerichts finden müssen, daß nach den Umständen des Streitfalles die Benachteiligung des einzelnen Arztes, wenn eine solche überhaupt vorlag, keinesfalls eine so wesentliche sein konnte, daß ihm nicht die Aushaltung des nur noch kurze Zeit laufenden Vertragsverhältnisses hätte zugemutet werden dürfen; äußerstenfalls hätte das Gericht durch Ausübung seiner Fragepflicht (§ 139 ZPO.) von der Krankenkasse mit Leichtigkeit eine Ergänzung der statistischen Unterlagen aus den verschiedensten Gebieten des Reiches erlangen können, durch die das Vorbringen der Kasse als eine allgemeine Erfahrungstatsache bestätigt worden wäre (wozu nebenbei bemerkt sein mag, daß für das Vorliegen eines „wichtigen" Kündigungsgrundes nicht die Kasse, sondern die Ärzte beweispflichtig waren). Statt dessen hat das Oberlandesgericht, unter Verstoß gegen § 286 ZPO., das so wichtige Vorbringen der Kasse unbeachtet gelassen, weil es sich zur Zeit „kaum mit Sicherheit feststellen lasse". Was danach zugunsten der Ärzte allenfalls übrig blieb, war eine entfernte M ö g l i c h k e i t ihrer Benachteiligung, eine bloße Möglichkeit, die nimmermehr zur Bildung der nach § 286 ZPO. erforderlichen „Überzeugung" des Gerichts als hinreichend angesehen werden durfte. Freilich hat das Oberlandesgericht als unterstützenden Gesichtspunkt noch die gleichzeitige Einführung der Familienhilfe bei der Kasse herangezogen, die geeignet sei, für die Ärzte die Erweiterung des versicherten Personenkreises noch fühlbarer zu machen; aber hierbei hat das Gericht, wiederum unter Verstoß gegen § 286 ZPO., die vom Landgericht festgestellte Tatsache übersehen, daß die satzungsmäßige Einführung der Familienhilfe und für diesen Fall eine entsprechende Erhöhung des Pauschsatzes bereits in den Verträgen mit den Ärzten vorgesehen war, so daß hierin keine Änderung der Verhältnisse gefunden werden konnte, mit der die Ärzte nicht schon bei Abschluß der Verträge zu rechnen hatten.

Besondere Beachtung verdient ferner die Art, wie sich das Oberlandesgericht mit dem Umstande abgefunden hat, daß die Verträge vom Erlaß der Verordnung an nur noch für verhältnismäßig kurze Zeit galten. Man sollte meinen: Wenn sich eine Schädigung der Ärzte überhaupt „kaum mit Sicherheit feststellen" ließ, also ganz ungewiß und höchstens die Möglichkeit einer Schädigung anzuerkennen war, so mußte die Beurteilung der Frage, ob ein „wichtiger" Grund zur sofortigen fristlosen Kündigung der Verträge vorlag, um so mehr von dem M a ß e der möglichen Schädigung abhängen, und dieses Maß wiederum hing doch selbstverständlich wesentlich mit davon ab, für wie lange Zeit die Ärzte noch an ihren Vertrag gebunden waren. Aber das Oberlandesgericht führt aus: Nach Lage der Sache sei es für die Ärzte darauf angekommen, sofort grundsätzlich Stellung gegen die ihnen angesonnene Weiterarbeit auf „völlig" veränderter Vertragsgrundlage zu nehmen, „schon um künftig beim Abschluß neuer Verträge den Einwand vorzubeugen, daß sie sich den geänderten Verhältnissen widerspruchslos unterworfen hätten. Es lag daher ein wichtiger Grund zur sofortigen Kündigung des Vertrages trotz seiner kurzen Geltungsdauer vor." Das Reichsgericht hat auch diese Er-

*) Zu vgl. jetzt auch noch über entsprechende Feststellungen bei anderen Krankenkassen: Arb. Vers. 1922 Heft 8 S. 123.

wägung ausdrücklich gebilligt durch die zusammenfassende Bemerkung: „Diese Entscheidung und ihre Begründung enthalten, wie schon hervorgehoben, weder einen Rechtsirrtum, noch nach Lage des Falles eine Unbilligkeit."

Das ist seltsam, höchst seltsam! Für den Abschluß eines neuen Vertrages hatten doch die Ärzte selbstverständlich völlig freie Hand; sie konnten, auch wenn sie den laufenden Vertrag noch für die kurze Restzeit stillschweigend aushielten, bei der Erneuerung von Vertragsverhandlungen beliebige Bedingungen stellen, auch die Bedingung, daß sie von dem Vertrage sofort zurücktreten könnten, wenn etwa die Versicherungsgrenze abermals erweitert werden sollte. Glaubten sie ein Interesse daran zu haben, dies schon alsbald, noch vor Ablauf des geltenden Vertrages, kundzutun, so hätte eine einfache Erklärung genügt. Die vom Reichsgericht gebilligte Meinung des Oberlandesgerichts, daß hierzu die sofortige Lösung des noch laufenden Vertrages auf Grund des § 626 BGB. das richtige Mittel gewesen sei, beruht daher auf einem Rechtsirrtum, auf dem Irrtum über die völlige Freiheit der Ärzte, den künftigen Abschluß eines neuen Vertrages von beliebigen Bedingungen abhängig zu machen.

Konnte also der Ausblick auf künftig etwa abzuschließende Verträge die einseitige Lösung des laufenden Vertrages keinesfalls rechtfertigen, so bleibt nur die Frage übrig, ob durch die Verordnung vom 30. 4. 20 die Lage der Ärzte *während der Restzeit des noch laufenden Vertragsverhältnisses* so zu ihrem Nachteil verändert worden ist, daß ein wichtiger Grund zur fristlosen einseitigen Lösung des Verhältnisses im Sinne des § 626 BGB. gegeben war. Das Landgericht hat dies für „denkbar" erachtet; das Oberlandesgericht hat angenommen, daß es sich „kaum mit Sicherheit" feststellen lasse; und das Reichsgericht hat dem Oberlandesgericht darin beigepflichtet, daß „gerade diese Ungewißheit und die naheliegende Gefahr einer erheblichen Schädigung" den Ärzten das Recht gegeben hätte, den nur noch kurze Zeit laufenden Vertrag sofort aufzurufen. Die drei Instanzen haben sich dabei in dem gleichen Rechtsirrtum bewegt. Jede, auch die geringste Beeinträchtigung der Rechtslage der Ärzte durch die Verordnung während der noch laufenden Vertragszeit war völlig ausgeschlossen. Die Ärzte selbst haben aus Anlaß der ersten Erweiterung der Versicherungsgrenze nachdrücklich betont, daß sie nicht verpflichtet seien, „die nunmehr neu als Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte Eintretenden ohne weiteres kassenärztlich zu versorgen, daß sie vielmehr berechtigt seien, dafür besondere Bedingungen zu stellen". Das ist von einleuchtender Richtigkeit, wie ich in dieser Zeitschrift schon im Jahrgang 1919 S. 9 ff. und 1920 S. 85 ff. ausführlich nachgewiesen habe. Es ist selbstverständlich, daß die von den Ärzten übernommene Pflicht, Kassenkranke unter bestimmten Bedingungen zu behandeln, sich, wenn nicht etwas anderes vereinbart war, nur auf diejenigen Gruppen von Personen beziehen konnte, die nach Gesetz und Satzung zur Zeit des Vertragsschlusses bei der Kasse gegen Krankheit versichert waren. Wurde durch Änderung des Gesetzes der Kreis der Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten erweitert, so wurde dadurch die Vertragspflicht der Ärzte in keiner Weise berührt; ihre Pflicht zur Behandlung der Kassenmitglieder nach Maßgabe des Vertrages durfte auf die der Kasse durch die Gesetzesänderung neu zugeführten Mitglieder ebensowenig bezogen werden, wie die Ärzte nicht verpflichtet gewesen wären, die auf Grund einer Satzungsänderung in die Versicherung einbezogenen Familienangehörigen der Mitglieder kassenärztlich zu behandeln, wenn dieser Fall im Vertrage nicht besonders vorgesehen worden wäre. Es ist erstaunlich, da alle drei Instanzgerichte die satzungsmäßige Einführung der Familienhilfe berührt haben, ohne sich dessen bewußt zu werden, daß diese Neuerung die Kassenärzte nur deshalb etwas anging, weil sie im Vertrage vorgesehen war, und daß die gesetzliche Erweiterung der Versicherungsgrenze, sofern

dadurch wirklich der Kasse Mitglieder zugeführt wurden, die bisher weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt waren, die Ärzte gar nichts anging, weil für diesen Fall im Vertrage nicht vorgesorgt war. Wenn insbesondere das Oberlandesgericht dies verkannt hat, so handelte es sich hierbei nicht etwa um einen dem Angriff durch das Rechtsmittel der Revision entzogenen Irrtum in der Auslegung des Vertrages, sondern um einen Irrtum über den Sinn und die Tragweite eines Reichsgesetzes; denn das Oberlandesgericht ist insoweit auf den Inhalt des Vertrages mit keinem Worte eingegangen, hat vielmehr, wie sich aus der Begründung seines Urteils unzweideutig ergibt, stillschweigend vorausgesetzt, daß der durch die Verordnung vom 30. 4. 20 bewirkten Erweiterung des Kreises der Versicherten unmittelbar die Kraft zukomme, auch die vertragliche Behandlungspflicht der Ärzte auf den erweiterten Personenkreis zu erstrecken.

Auf diesem Grundirrtum über die Bedeutung der Verordnung und außerdem noch auf den erörterten anderen Verletzungen prozeßrechtlicher und materiellrechtlicher reichsgesetzlicher Vorschriften (§§ 139, 286, 291 ZPO.; §§ 157, 626 BGB.) beruhte das Urteil des Oberlandesgerichts. Deshalb hätte das Reichsgericht das Urteil aufheben müssen. Daß dies nicht geschehen ist, ist sehr bedauerlich, nicht nur wegen der im Eingang erwähnten ermunternden Wirkung, sondern auch wegen der ungewöhnlich oberflächlichen Begründung, in der das Reichsgericht die angegriffene Entscheidung im Ergebnis und ausdrücklich auch ihre Begründung in Bausch und Bogen gebilligt hat. Gebilligt ist also namentlich auch der Satz, daß die Ärzte einen wichtigen Grund zur fristlosen Kündigung hatten, „schon um künftig beim Abschluß neuer Verträge dem Einwand vorzubeugen, daß sie sich den geänderten Verhältnissen widerspruchslos unterworfen hätten". Ein Streik aber nur als vorbeugende Kundgebung für künftige mögliche Fälle ist ein Demonstrationsstreik. Das Reichsgericht hat ihn im vorliegenden Falle auf Grund des § 626 BGB. als berechtigt anerkannt. Das kann schlimme Früchte tragen!

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst einer Beamtin, die eine Witwenpension bezieht.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 19. Dezember 1921.

Die verwitwete Frau Marie E. ist bei dem Preuß. Statistischen Landesamt beschäftigt. Nach dem Tarifvertrag war in der Zeit vom 1. November 1920 ab ihr Jahreseinkommen an und für sich auf 16 080 M. bemessen. Da die Angestellte aber eine Witwenpension von damals jährlich 5484 M. bezog, so war gemäß § 20 des Teiltarifvertrages für die Angestellten bei den Reichs- und den preußischen Staatsverwaltungen vom 4. Juni 1920 der Betrag der Hinterbliebenenbezüge auf die gesamten Dienstbezüge aus dem Tarifvertrag anzurechnen, so daß Frau E. in Wirklichkeit nur 10 596 M. vom St. L. A. erhielt. Die Rechnungsstelle des L. A. meldete am 1. November 1920 Frau E. als versicherungspflichtiges Mitglied bei der Allg. Ortskrankenkasse an. Frau E. widersprach dem und verlangte eine Entscheidung des Versicherungsamts über ihre Versicherungspflicht. Die Krankenkasse hält die Versicherungspflicht für gegeben, weil es weniger auf die rechtliche Erscheinungsform, als auf den wirklichen Tatbestand ankomme. Der Vorsitzende des Versicherungsamts verneinte die Versicherungspflicht. Gegen diese Entscheidung erhob die Kasse Beschwerde. Das Oberversicherungsamt gab die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt ab, indem es sich gutachtlich im Sinne der Vorentscheidung äußerte. Das RVA. hat in demselben Sinne entschieden aus folgenden Gründen:

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt war zulässig und geboten. Das Reichsversicherungsamt hat dem Versicherungsamt beigepflichtet. Es ist richtig, daß die Sozialversicherung weitgehend von dem Grundsatz beherrscht ist, daß nicht die rechtliche Erscheinungsform der Verhältnisse maßgebend ist für die Beurteilung der sich aus ihnen ergebenden versicherungsrechtlichen Fragen, sondern die tatsächliche Gestaltung der Verhältnisse. Aber auch unter diesem von der Krankenkasse betonten Gesichtspunkt ist die in der Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts und auch im Abgabebeschluß des Oberversicherungsamts vertretene Auffassung nicht zu beanstanden. Es sei dahingestellt, ob etwa das Preußische Statistische Landesamt den Betrag der Witwenpension selbst einzieht und seinerseits an Frau E. abführt. Auch wenn dies nicht der Fall ist, Frau E. vielmehr die Witwenpension unmittelbar durch die Reichskasse und nur den Unter-

schied zwischen dem tarifmäßigen Gehalt und der Witwenpension von dem Statistischen Landesamt erhält, stellt sich doch ihr Jahresarbeitsverdienst als ein 15 000 M. übersteigender Betrag dar, weil Frau E. auf diesen Betrag auch im Falle des Wegfalls der Pension — etwa bei einer Wiederverheiratung — Anspruch hätte. Frau E. verrichtet eine Tätigkeit, für die tarifmäßig mehr als 15 000 M. Vergütung feststehen. Ein besonderer Umstand, der von ihrer Arbeitsleistung und Stellung in der Vergütungsgruppe unabhängig ist und aus Gesichtspunkten allgemeiner Art, wie z. B. zur Einschränkung des Wettbewerbs durch Pensionäre auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte und zur Vermeidung von Doppelzahlungen aus staatlichen Mitteln berücksichtigt wird, führt zu der Anrechnung der Pension auf das Gehalt. Das Reichsversicherungsamt hat bereits in der Entsch. vom 21. März 1916 (Ia 3850/15), Entscheidungen und Mitteilungen Bd. 10 Nr. 13 S. 36 in der Frage der Anrechnung des Ruhegehalts eines in den Ruhestand versetzten, dann wieder gegen Lohn beschäftigten Lokomotivführers als Entgelt dieselbe Auffassung vertreten. Dieses Ergebnis entspricht auch den Bedürfnissen. Denn es wäre nicht zu verstehen, wollte man Personen, die in derselben Vergütungsgruppe und mit demselben Jahresarbeitsverdienst wie andere gleichartig beschäftigte, nicht versicherungspflichtige Personen tätig sind, der Versicherungspflicht nur deshalb unterwerfen, weil aus zufälligen aus dem Tarif herzuleitenden Gründen ihre Einnahmen aus anderer Quelle angerechnet werden, ohne daß die wirtschaftliche Stellung dieser Personen dadurch beeinträchtigt wird. Die Frage, ob der Arbeitgeber bei einer in jedem Fall versicherungspflichtigen Person, bei der eine Anrechnung von Ruhegehalt oder dergleichen erfolgt, die Beiträge ebenfalls ohne Rücksicht auf den von der tarifmäßigen Vergütung abzurechnenden Betrag zu zahlen hat, ist hier nicht zu entscheiden. Nach alledem war die Beschwerde der Allgem. Ortskrankenkasse abzuweisen.

Zu vgl. Entsch. des Oberversicherungsamts Berlin in ArbVers. 1921 S. 230.

Rückforderung zu Unrecht gewährter Rentenzulagen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 13. Oktober 1921 (2673 Amtl. Nachr. 1921 S. 405).

Nach Artikel I Nr. I Abs. 2 des Gesetzes vom 20. Mai 1920 erhalten die durch dieses Gesetz eingeführte Rentenzulage nicht Personen, die eine Hinterbliebenenrente auf Grund der Militärversorgung erhalten. Das ist bei der Beschwerdeführerin vom 1. April 1920 ab der Fall. Denn von diesem Zeitpunkt ab ist ihr Anspruch auf Rente nach dem Reichsversorgungsgesetz anerkannt und es sind die entsprechenden Bezüge, wenn auch unter Vorbehalt der endgültigen Festsetzung, berechnet worden. Es hat sich demnach herausgestellt, daß die von der Beschwerdeführerin bezogene Zulage ihr zu Unrecht gewährt worden ist. Daraus aber ergibt sich der Anspruch der Landesversicherungsanstalt auf Rückgewähr der überhobenen Bezüge, und zwar folgt dieser Anspruch nicht aus den Vorschriften des Bürgerlichen Rechts über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung, sondern er stützt sich auf § 1324 RVO. Danach dürfen Rentenansprüche aufgerechnet werden gegen zu Unrecht gezahlte Rentenbeträge. Hierdurch wird, wie auch das Reichsgericht in dem gleichartigen Falle des § 96 Abs. 2 Gewerbeunfallversicherungsges., § 622 RVO. angenommen hat (Entsch. des Reichsger. Zivils. 81 S. 340 ff.), nicht nur die Zulässigkeit der Aufrechnung auf Rückforderungsansprüche der Versicherungsträger ausgesprochen, sondern es kommt darin zum Ausdruck, daß die zu Unrecht gezahlten Beträge schlechthin, im vollen Umfang der geleisteten Zahlung von den Rentenansprüchen abgerechnet, also unverkürzt zurückgefordert werden können. Die Rückforderung dieser Beträge, die sich ihrerseits nicht auf die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches richtet, ist daher dem Einwand, daß diese Bereicherung inzwischen fortgefallen sei (§ 818 Abs. 3 Bürgerl. Gesetzb.), nicht unterworfen.

Was hiernach von zu Unrecht gezahlten Rentenbeträgen gilt, muß auch von den zu Unrecht gezahlten Zulagen gelten, die, wenn auch nicht Teile der Rente, doch der Rente inhaltlich wesensgleich sind. Sie können also in vollem Umfang zurückgefordert werden.

Eine Maßnahme gegen den Arbeitgeber unterbricht nicht die Verjährung der Strafverfolgung gegen den nach § 534 RVO. verantwortlichen Angestellten.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 26. September 1921 (K. 62/21 B.).

Die Annahme des Versicherungsamtes, daß die Firma B. die ihr obliegenden Meldepflichten auf den Buchhalter D. nach § 534 Abs. 1 RVO. übertragen habe, wird durch die Angaben des letzteren bei der Vernehmung vom 11. Dezember 1920 bestätigt. Es liegt kein hinreichender Anlaß vor, diese Angaben, durch die sich D. selbst der Strafverfolgung aussetzte, für unrichtig zu halten. Der Geschäftsführer der Firma wäre also nur strafbar, wenn die Zuwiderhandlungen mit seinem Wissen geschehen wären oder er bei der Auswahl und Beaufsichtigung des Stellvertreters nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hätte. Das Versicherungsamt hat einen derartigen Tatbestand nicht als gegeben erachtet. Das Oberversicherungsamt ist nach dem Inhalte des Abgabebeschlusses geneigt, ihm hierin beizutreten. Von dieser Beurteilung des Sachverhalts abzuweichen, lag für das Reichsversicherungsamt kein hinreichender Anlaß vor. Daß

der Geschäftsführer um die Nichtbeachtung der Meldevorschriften gewußt habe, läßt sich aus dem Inhalte der Akten nicht entnehmen und durch anderweite Ermittlungen nicht erweisen. Daß bei der Auswahl des Buchhalters D. nicht die erforderliche Sorgfalt obgewaltet habe, kann ebenfalls nicht angenommen werden, da keine Umstände ersichtlich sind, die den genannten Angestellten zur Erfüllung der Meldepflichten ungeeignet hätten erscheinen lassen, dieser vielmehr, wie die Firma unwiderlegt behauptet, gleichartige Pflichten auf anderen Arbeitsplätzen zur Zufriedenheit erledigt hatte. Zweifelhaft kann dagegen sein, ob es nicht an der erforderlichen Beaufsichtigung des Angestellten gefehlt hat. Allerdings scheint es, daß die Firma oder ihr Geschäftsführer der genauen Beobachtung der durch das öffentliche Recht der Krankenversicherung vorgeschriebenen Meldungen nicht die ihr zukommende, durch wichtige Allgemeininteressen bedingte Bedeutung beigemessen habe. Anderseits konnte dem Geschäftsführer nicht mit der erforderlichen Sicherheit ein zur Bestrafung ausreichender Vorwurf daraus gemacht werden, wenn er dem nicht ohne Grund als zuverlässig angesehenen Angestellten einen größeren Spielraum bei der Erledigung seiner Aufgaben eingeräumt hat, als dies nach den zahlreichen Verstößen gegen die Meldevorschriften objektiv gerechtfertigt war. Bei der Zweifelhaftigkeit der Sachlage war daher von einer Bestrafung des Geschäftsführers abzusehen.

Eine Bestrafung des Angestellten D. aber konnte nicht eintreten, weil seine Zuwiderhandlungen nach § 147 RVO. verjährt sind. Die Verjährungsfrist beträgt nach dieser Vorschrift drei Monate. Sie beginnt mit dem Tage, an dem die Handlung begangen ist, für sämtliche Verfehlungen gegen die Meldevorschriften, also spätestens mit dem Tage, an dem die unterlassene Meldung nachgeholt, die unrichtige berichtigt worden ist, da von diesem Zeitpunkte an ein strafbarer Tatbestand nicht mehr vorliegt. In vorliegendem Falle kommt für den Beginn der Verjährung danach spätestens der Februar 1920 in Betracht. Die Verjährung ist daher spätestens Ende Mai 1920 vollendet gewesen, sofern sie nicht vorher unterbrochen worden ist. Nach § 147 Satz 3 RVO. wird die Verjährung unterbrochen durch jede gegen den Täter gerichtete Handlung dessen, der zur Verhängung der Strafe zuständig ist. Zur Strafverhängung zuständig ist nach § 530 Abs. 4 RVO. das Versicherungsamt. Nur eine die Strafverfolgung bezweckende Maßnahme dieser Behörde ist daher geeignet, die Verjährung zu unterbrechen, während der Strafantrag der Krankenkasse hierfür nicht in Betracht kommt. Die bezeichnete Maßnahme muß ferner „gegen den Täter gerichtet" sein. Bei der für alle Strafvorschriften gebotenen engen Auslegung des Gesetzes muß nach diesem Wortlaut verlangt werden, daß sich die in Frage kommende richterliche Handlung gegen denjenigen einzelnen Täter gerichtet hat, über dessen Bestrafung zu entscheiden ist. Mit anderen Worten: „Die Unterbrechung der Verjährung findet nur rücksichtlich desjenigen statt, auf welchen die (richterliche) Handlung sich bezieht" (§ 68 Abs. 2 StGB.). Diese ausdrückliche Vorschrift des Strafgesetzbuches war nach dem bisherigen Krankenversicherungsrechte auf die Aburteilung nach den dem § 534 RVO. entsprechenden § 82a KrVG. unmittelbar anzuwenden, da es sich dabei bisher um kriminelle, von den ordentlichen Gerichten zu verhängende Strafen handelte, für die die allgemeinen Vorschriften des Strafgesetzbuches ohne weiteres gelten. Durch die Übertragung der Strafgewalt auf die Versicherungsämter hat aber in diesem Punkte eine sachliche Änderung, soweit ersichtlich, nicht stattfinden sollen. Hiernach ist eine gegen die Inhaber oder gesetzlichen Vertreter einer Firma gerichtete Strafverfolgungsmaßnahme des Versicherungsamtes nicht geeignet, die für den nach § 534 RVO. verantwortlichen Angestellten laufende Verjährung zu unterbrechen. Es kommt daher im vorliegenden Fall darauf an, ob die erste gegen den Buchhalter D. gerichtete Handlung des Versicherungsamtes noch in den Lauf der spätestens Ende Februar 1920 beginnenden dreimonatigen Verjährungsfrist gefallen ist. Dies war nach dem Inhalt der Akten zu verneinen, da das Versicherungsamt zum erstenmal am 4. Juni 1920 eine die Verfolgung des D. betreffende Verfügung erlassen hat. Die Zuwiderhandlungen des D. sind daher verjährt, eine Bestrafung konnte mithin nicht eintreten.

B. Zur Krankenversicherung.

Zur Frage der Krankenversicherungspflicht von Schwestern vom Roten Kreuz.

Beschluß des Oberversicherungsamts Wiesbaden vom 6. Dezember 1921.

Der angefochtene Entscheid nimmt mit Recht die erste Voraussetzung des § 172 Ziff. 4, nämlich das Vorhandensein eines sittlichen Beweggrundes zur Beschäftigung mit der Krankenpflege bei den Schwestern des Roten Kreuzes, als vorliegend an. Das weitere Erfordernis zur Anwendung obiger Bestimmung, die ausschließende Gewährung des freien Unterhaltes als Entgelt, wird aber verneint und deshalb die Krankenkassenpflicht bejaht. Der letzten Darlegung vermochte das Oberversicherungsamt nicht zu folgen.

Die Schwestern erhalten neben freier Verpflegung und Wohnung noch Oberkleidung und

Kopfbedeckung. Wäsche und Schuhwerk müssen sie selbst beschaffen. Daneben wird ein Betrag von 25 bis 60 M. monatlich gewährt, zu dem der Magistrat der Stadt Frankfurt a. M. noch 50 bis 60 M. Teuerungszuschlag hinzufügt. Die Frage nach der rechtlichen Beurteilung dieses Geldbetrages ist sowohl in der Vorinstanz wie auch beim Oberversicherungsamt der Kernpunkt des Rechtsstreites gewesen.

Unter freier Verpflegung bzw. freiem Unterhalt im weiteren Sinne, wie er bei Mitgliedern geistlicher oder diakonissenartiger Genossenschaften in Frage kommt, versteht der allgemeine Sprachgebrauch die Lieferung sämtlicher Lebensbedürfnisse der Mitglieder, so daß diese von jeder anderen Unterstützung als durch den Träger der Unterhaltspflicht, völlig unabhängig sind. Es muß daher neben freier Wohnung und Verpflegung auch alles das geliefert werden, was die Berechtigten an Bekleidung insgesamt notwendig haben. Hierzu muß sowohl die Unterkleidung wie auch das Schuhwerk ohne Zweifel gerechnet werden. Da der Verein vom Roten Kreuz seinen Schwestern diese beiden zuletzt erwähnten Dinge unbestritten nicht liefert, so kann von einer vollständigen Gewährung des freien Unterhaltes durch Naturalgestellung nicht die Rede sein. Es war daher zu prüfen, ob die Auszahlung eines Taschengeldes, die nach Darstellung des Vereins hierfür Ersatz bieten soll, evtl. als Ergänzung betrachtet werden kann, und somit durch diese Gewährung von Geld der Unterhalt vervollständigt wird.

Die Krankenkasse erblickt in der monatlichen Gewährung eines Betrages von höchstens 110 M. keine Ergänzung des freien Unterhaltes, vielmehr eine Entlöhnung und verneint daher die Anwendungsmöglichkeit des § 172 Ziff. 4 RVO. Sie folgert auch insbesondere, aus dem Entwurf eines Gesetzes über Änderung der Reichsversicherungsordnung, wonach der § 172 Ziff. 4 so umgeändert werden soll, daß er auch den vorliegenden Fall deckt und die Versicherungspflicht dann verneint, die Unmöglichkeit der Anwendung der jetzigen Vorschrift bei dem Streitfall. Dieser Darlegung vermochte sich das Oberversicherungsamt nicht anzuschließen. Der Betrag von monatlich 110 M. muß vielmehr als Ersatz für die Nichtbeschaffung von Wäsche und Schuhwerk durch den Verein angesehen werden. Nur bei allerbescheidensten Ansprüchen kann damit die Anschaffung dieser Gegenstände bei der jetzigen Teuerung vorgenommen werden. Ebenso wie das Reichsversicherungsamt die Gewährung eines Taschengeldes von jährlich 80 M., also monatlich etwa 7 M., an eine Diakonissin durch ihr Mutterhaus nur als „nebensächliches Zubehör der Hauptleistung der Unterhaltsgewährung" ansieht, „deren Wesen er annimmt," so kann auch der hier gezahlte Betrag nur als unselbständige notwendige Ergänzung des freien Unterhaltes betrachtet werden (siehe Amtl. Nachr. 1907 S. 477). Dabei ist zu berücksichtigen, daß ein Jahresbetrag von 80 M. der Vorkriegszeit den auf 1000 M. abgerundeten Jahresbetrag der streitigen Vergütung in unseren Tagen an Wert nicht unerheblich übersteigt. Dem steht auch der Umstand nicht entgegen, daß manche Hausangestellten vielleicht denselben Lohn wie das hier gewährte Taschengeld erhalten. Die ganze Stellung der Schwestern im öffentlichen Leben, wie auch insbesondere ihre Tätigkeit in der Krankenpflege, sei es im Krankenhause oder auch im Außendienst, zwingt dieselben, vornehmlich bei der Wäsche höhere Ausgaben zu machen, wie es allgemein bei Hausangestellten üblich ist. Es lassen sich daher nicht ohne weiteres dieselben Rechtsgrundsätze bei beiden Berufsarten in Anwendung bringen.

Bei dieser Sachlage war eine Krankenkassenpflicht der Vollschwestern nicht anzunehmen und die Entscheidung des Versicherungsamts daher aufzuheben. Aber auch auf Lehrschwestern trifft dasselbe zu. Wenn ihr Verhältnis zu dem Verein auch leichter lösbar ist, so kann man sie doch nicht ohne weiteres als Personen ansprechen, die in dem Betriebe beschäftigt werden zur Ausbildung in der Betriebstätigkeit. Mag auch die eine oder andere von ihnen nach Beendigung der Ausbildung ausscheiden, der allgemeine Beweggrund zum Eintritt und zur dortigen Tätigkeit ist jedenfalls das sittliche Bedürfnis, sich im Rahmen des Verbandes mit Krankenpflege zu befassen und das hierzu Erforderliche sich in der Ausbildungszeit anzueignen. Sie sind in dieser Hinsicht unbedingt den Novizen eines Kloster- oder Diakonissenhauses gleichzuachten, die ja ebenfalls den strengen Regeln der Vollschwester noch nicht unterliegen. Es trifft daher auch für diese die obige Ausführung zu.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Haftet der Arzt, dessen Verschulden die spätere Zuziehung eines anderen veranlaßt, für Fehler dieses zweiten Arztes?

Urteil des **Reichsgerichts** (3. Zivilsenats) v. 3. Juni 1921 (Entsch. 102 S. 230).

Der Kläger hatte am 20. März 1911 durch einen Fall eine Verrenkung des rechten Hüftgelenks erlitten. Der zugezogene Arzt, der Beklagte, behandelte die Schmerzen des Klägers als Rheumatismus des Knies, ohne die Hüftgelenksverrenkung zu erkennen. Die Schmerzen dauerten fort, und der Kläger begab sich deshalb am 8. Mai 1911 in ein Krankenhaus. Dort stellte der Oberarzt Dr. B. durch Röntgenaufnahme die Verrenkung fest, machte einen vergeblichen Einrenkungsversuch und beschränkte sich sodann auf Massage.

Dem gegen den Beklagten erhobenen Schadensersatzanspruch gab das Berufungsgericht mit der Einschränkung statt, daß der Beklagte für das Eingreifen des Dr. B., nämlich dafür, daß Dr. B. nach

seinem Einrenkungsversuch den dabei abgeglittenen Schenkelkopf nicht wieder auf seine frühere Stelle zurückgeführt habe, nicht haftbar sei. Die hiergegen gerichtete Revision des Klägers hatte Erfolg. — Aus den Gründen:

Der Berufungsrichter geht zutreffend davon aus, daß der Einrenkungsversuch des Dr. B. mit der Pflichtverletzung des Beklagten in ursächlichem Zusammenhange stehe, fährt dann aber fort, „wenn die notwendigen Folgen eines solchen Versuchs bei ungünstigem Ausgange die oben bezeichneten hätten sein müssen, dann würden sie eine adäquate Folge der Pflichtverletzung des Beklagten sein." Diese Auffassung ist rechtsirrig. Der gewöhnliche, erfahrungsgemäße Verlauf der Dinge zeigt, daß bei der ärztlichen Behandlung nicht selten Fehler unterlaufen, sowohl Fehler, die auch bei äußerster Sorgfalt nicht vermieden werden können (vgl. RGZ. Bd. 97 S. 4, Bd. 78 S. 435), als auch Fehler, die auf zurechenbares Verschulden des Arztes zurückzuführen sind. Wenn also infolge Verschuldens des zuerst behandelnden Arztes ein zweiter zugezogen wird, so sind die etwaigen Fehler dieses zweiten Arztes durch das ursprüngliche Verschulden des ersten Arztes adäquat verursacht, außer, wenn dieser zweite Arzt gegen alle ärztliche Regel und Erfahrung schon die ersten Anforderungen an ein vernünftiges, gewissenhaftes ärztliches Verfahren in gröblichstem Maße außer Acht gelassen hat (vgl. JW. 1911 S. 755). Nur in diesem letzteren Falle kann und muß das ungewöhnlich grobe Verschulden des zweiten Arztes für die alleinige Ursache des dadurch bewirkten Schadens erachtet werden.

Hier hat der Berufungsrichter nicht ausdrücklich ausgesprochen, daß dem Dr. B. ein Verschulden zur Last falle; er äußert sich nur dahin: „die Zurückführung des Kopfes war unterblieben, obwohl sie möglich und nach ärztlicher Erfahrung notwendig war, sie lag durchaus im Bereich der Möglichkeit und hätte von Dr. B. auch erwartet werden können."

Sollen diese Äußerungen nur die Eigenschaft der angeblichen Unterlassung des Dr. B. als einer nicht notwendigen kennzeichnen, so ergibt sich die Ursächlichkeit zu Lasten des Beklagten nach dem Ausgeführten von selbst. Soll aber damit ein Verschulden des Dr. B. gemeint sein und festgestellt werden, so war dieses Verschulden nur ein leichtes, keinesfalls ein irgend gröbliches.

Sprechsaal.

Ortskrankenkassen und Ersatzkassen.

Seit Wochen bemüht sich der Gewerkschaftsbund deutscher Angestellter (G. d. A.), seine Standeskrankenkasse im Gegensatz zu den Ortskrankenkassen in ein besonders gutes Licht zu stellen. Dabei ergeht sich der Gewerkschaftsbund in Behauptungen, die nicht unwidersprochen bleiben dürfen. Zunächst wird das Bestreben der Ortskrankenkassen, die gesetzliche Krankenversicherung eines Ortes oder einheitlicher Wirtschaftsbezirke zusammenzufassen und so die wachsenden Lasten auf breiteste Schultern zu legen, scharf bekämpft, aber verschwiegen, daß erst vor wenigen Wochen die Krankenkasse des Gewerkschaftsbundes durch Vereinigung zweier großer Ersatzkassen entstanden ist. Hier werden neben einer besseren Lastenverteilung sicherlich auch politische Gründe eine Rolle gespielt haben, um gegen die Ortskrankenkassen ein stärkeres Gegengewicht zu haben. Erfordert eine solche für das ganze Reich geschaffene Kasseneinrichtung nicht auch Riesensummen für die Verwaltung, oder wird die Standeskrankenkasse aus Standesinteresse unentgeltlich verwaltet, braucht der ganze Bürobedarf nicht bezahlt zu werden, und hat etwa die Postverwaltung dieser Kasse die Portofreiheit zugestanden? Die Standeskrankenkasse gibt keinerlei Aufschluß über ihre derzeitigen Mitgliederbeiträge, Zusatzbeiträge für Familienversicherung und Sonderbeiträge bei ungünstigem Gesundheitszustand der Beitrittsberechtigten. Die höchsten Beitragssätze einiger großer Ortskrankenkassen beweisen nichts, es könnte nur der Durchschnitt aller Pflichtkassen als Vergleich dienen. Das leider gesetzliche Recht der Ersatzkassen, Erkrankte vom Beitritt auszuschließen, wird damit gerechtfertigt, daß hiervon nur selten Gebrauch gemacht werde und arbeitsunfähige Kranke auch die Mitgliedschaft bei den Pflichtkrankenkassen nicht erwerben können.

Bei den seltenen Fällen handelt es sich aber in der Regel, wie beobachtet, um chronische Kranke, denen die Pflichtkassen jahrelang hindurch immer wieder Krankenhilfe zu gewähren haben. Die Ersatzkassen wollen natürlich durch ihre eigene Krankenversicherung auch soziale Fürsorge leisten, behaupten aber im selben Augenblick, daß, wenn Krankenkassen (also auch die Ersatzkrankenkassen) soziale Fürsorge betreiben, damit der eigentliche Aufgabenkreis der Krankenkassen überschritten wird. Ein Widerspruch schönster Art. Die Krankenversicherung, doch auch ein Teil sozialer Fürsorge, ist vom Staate den Pflichtkrankenkassen übertragen, denn Träger der im II. Buche der RVO. vorgeschriebenen Krankenversicherung sind die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, nicht aber allgemein die Ersatzkassen. Ein klares Bild über die Leistungen der Pflichtkassen und der Ersatzkassen wird nur gewonnen, wenn die Wagnisse, die beide Kassenarten zu tragen haben, miteinander verglichen werden. Die Zwangskassen haben alle versicherungspflichtigen Personen, ganz gleichgültig, ob dieselben einer besonderen Erkrankungs- oder Verunglückungsgefahr ausgesetzt sind, aufzunehmen. Die Ersatzkassen dagegen umfassen vornehmlich gesundheitlich weniger gefährdete Berufe (Kaufleute und sonstige Angestellte). Die Zahl der weiblichen Versicherten, die naturgemäß Erkrankungen weit häufiger unterliegen als die männlichen Mitglieder, ist bei den Ersatzkassen nur gering. Wenn bei einer solch ungleichen Verteilung der Wagnisse die Ersatzkassen ihre Ärzte und Zahnärzte besser zu bezahlen vermögen, so ist das kein großes Kunststück. Der Wert der Sachleistungen liegt nicht in der Höhe der Einzelbezahlung, sondern in der Höhe der dafür aufgewendeten Ge-

samtkosten. Die Ersatzkasse des G. d. A. läßt bei Aufzählung ihrer Sachleistungen die bedeutenden Aufwendungen der Pflichtkassen für freie Hebammendienste, die schon in großer Zahl vorhandenen Kassen-Zahnkliniken, Badeanstalten, Erholungsheime unerwähnt. Bei Gewährung von Krankenhausbehandlung kommen die Pflichtkassen den Wünschen ihrer Mitglieder weitestgehend nach und zahlen die vollen Kosten (auch Operationskosten) der III. Klasse in voller Höhe. Die Ersatzkassen sehen für diese Art der Behandlung nur Zuschüsse vor, deren Höhe aber nicht verraten wird. Über die Art und Höhe der Barleistungen (Krankengeld, Wochen- und Stillgeld, Hausgeld, Sterbegeld) lassen die Ersatzkassen nichts verlautbaren, wahrscheinlich um einem Vergleich mit der umfangreichen Wöchnerinnenfürsorge der Pflichtkrankenkassen aus dem Wege zu gehen.

Solange die Ersatzkassen nicht die gleichen Pflichten wie die Zwangskassen übernehmen wollen, sondern ein Sonderrecht beanspruchen, können dieselben als gleichwertige Träger der reichsgesetzlichen Krankenversicherung nicht angesehen werden. Als Zuschußkassen wird denselben niemand die Daseinsberechtigung versagen.

Geschäftsführer Wittkämper in Bünde i. W.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Ärzte und Krankenkassen.

Die am 23. 3. 22 im Reichsarbeitsministerium unter Vorsitz des Ministers Braun zwischen Ärzten und Krankenkassen gepflogenen Verhandlungen hatten folgendes Ergebnis: Das kassenärztliche Honorar wird vom 1. Januar bis 31. März 1922 dahin festgesetzt, daß bei Bezahlung nach Einzelleistung 10 M. für Beratung in der Sprechstunde und 20 M. für den Besuch gewährt werden; für die übrigen in der Gebührenordnung vom 20. November 1921 aufgeführten Sonderleistungen Zuschläge von 150 v. H., bei geburtshilflichen Leistungen von 300 v. H. zu den Mindestsätzen. Vom 1. April ab kommen die Mindestsätze der neuen, von April ab gültigen preußischen Gebührenordnung in Anwendung. Bei fortschreitender Teuerung soll auf Antrag eine Kommission, bestehend aus zwei ärztlichen, zwei Krankenkassenvertretern und einem Mitglied des Reichsarbeitsministeriums, bestimmen, ob und welche weiteren Zuschläge gewährt werden sollen; als Ausgangspunkt dieser Feststellung soll der Reichsteuerungsindex vom 1. April gelten.

Das Reichsgesetzblatt

(1922 S. 232) bringt folgende Bekanntmachung des Reichsministers des Innern vom 6. 3. 22, die wir der Beachtung unserer Leser empfehlen, von denen viele auf den regelmäßigen Bezug des Teils II werden verzichten können:

Das Reichsgesetzblatt wird vom 1. April 1922 ab in zwei gesonderten Teilen — „Reichsgesetzblatt Teil I“ und „Reichsgesetzblatt Teil II“ — erscheinen. Jeder der beiden Teile erhält für sich durchlaufende Heftnummern und Seitenzahlen. Die im ersten Kalendervierteljahre 1922 erschienenen Nummern gelten als zu Teil I ausgegeben. Jeder der beiden Teile kann für die Zeit vom 1. April 1922 ab gesondert bestellt werden. Die beiden Teile gelten für den Postbezug als gesonderte Erscheinungen.

Der Bezugspreis beträgt vom 1. April 1922 ab bis auf weiteres vierteljährlich für Teil I 15 M., für Teil II ebenfalls 15 M.

Teil II wird bestimmte Veröffentlichungen bringen, die erfahrungsgemäß viel Raum einnehmen und auf deren regelmäßigen Bezug zahlreiche Abnehmer verzichten können. Außerdem werden in den Teil II einige weitere Materien verwiesen, die nur für einzelne, bestimmt umgrenzte Verwaltungszweige in Betracht kommen (Sondermaterien). Durch die Verteilung des Veröffentlichungsstoffs auf die beiden Teile soll der Teil I möglichst entlastet werden.

Teil II wird grundsätzlich folgende Veröffentlichungen bringen:

I. Internationale Übereinkommen und dergleichen sowie vertragliche Abkommen zwischen Reich und Ländern, auch soweit sie als Gesetz verkündet sind.

II. Veröffentlichungen, die betreffen:

1. Reichshaushaltsgesetze und Ortsklassenverzeichnisse,
2. den gewerblichen Rechtsschutz und das Urheberrecht,
3. innere Angelegenheiten der Wehrmacht,
4. den Eisenbahnverkehr, den Schiffahrtverkehr (See- und Binnenschiffahrt) und die Verwaltung der Reichswasserstraßen,
5. Angelegenheiten der Kohlen- oder Kaliwirtschaft und der Reichswirtschaftsstellen aus dem Geschäftsbereiche des Reichswirtschaftsministeriums,
6. innere Angelegenheiten des Reichstages und des Reichswirtschaftsrats,
7. Angelegenheiten der Reichsbank und der Privatnotenbanken.

Die Veröffentlichungen des Teiles II werden im Teil I nachrichtlich mitgeteilt. Außerdem wird am Jahresschlusse zu Teil I auch ein Inhaltsverzeichnis über Teil II geliefert. Das zu Teil I zu liefernde Sachverzeichnis wird sich auf den Inhalt des Teiles II miterstrecken.

Die Postanstalten nehmen Bestellungen sowohl auf vierteljährlichen Bezug des Teiles I und des Teiles II als auch auf den Bezug einzelner Nummern entgegen.

Krankenversicherung der Hausfrauen.

Eine Frau, die ihrem Ehemann nur den Haushalt führt und etwa noch den Hausgarten besorgt, ist nach geltendem Rechte weder krankenversicherungspflichtig (zu vgl. § 159 RVO.), noch auch nach § 176 RVO. versicherungsberechtigt, weil sie weder zu den „Beschäftigten der im § 165 Abs 1 RVO. bezeichneten Art“ gehört, noch eine Tätigkeit im „Betriebe“ des Ehemannes ausübt (zu vgl. ArbVers. 1918 S. 380 Ziff. 12a mit dem andersartigen Fall in ArbVers. 1920 S. 277 Ziff. 2a, wo Beschäftigung im Landwirtschaftsbetriebe des Mannes vorlag). Diese Rechtslage entspricht nicht den Bedürfnissen der Zeit und der fortgeschrittenen Auffassung, die in der hauswirtschaftlichen Tätigkeit der Frau einen Beruf erblickt, der nicht selten ihre volle Kraft in Anspruch nimmt und dessen Betätigung doch auch Teilnahme an der nationalen Arbeit bedeutet, mithin auch des Versicherungsschutzes in gleicher Weise teilhaft sein sollte, wie

eine gewerbliche Betätigung (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 159 RVO.). Es ist daher verständlich und vernünftig, wenn die Frauen daran denken, im Wege der Selbsthilfe dem Versicherungsbedürfnisse zu genügen. Über einen Versuch in dieser Richtung berichtet Hedwig Keiler-Neuburger im Gen. Anz. des Berl. Tageb. vom 18. 3. 22. Danach will der Schlesische Hausfrauenbund für die Mitglieder der ihm angeschlossenen Vereine und für die Familienangehörigen der Mitglieder eine „Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit" schaffen. Über den Stand der Sache heißt es:

„Die Satzungen für diese Berufskrankenversicherung liegen bereits vor, bedürfen jedoch noch der Genehmigung durch den Regierungspräsidenten. Da sie im Ministerium des Innern in ihren Einzelheiten schon besprochen wurden, ist mit der Genehmigung in nächster Zeit zu rechnen, und es wird damit eine Einrichtung geschaffen, die vermutlich in anderen Teilen des Reiches Nachahmung finden wird. Die Versicherung, die in baren Beihilfen bei Erkrankungen und Unfällen bestehen soll, erstreckt sich auf die Mitglieder der in Betracht kommenden Vereine, deren Ehemänner und Kinder, soweit solche nicht der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen oder einer anderen Krankenversicherung angehören. Sonstige Familienangehörige, die dem Hausstand des Mitgliedes angehören, können durch Beschluß des Vorstandes, Personen, die, ohne mit dem Mitglied verwandt zu sein, in dessen häuslicher Gemeinschaft leben, durch Beschluß des Aufsichtsrats in die Versicherung einbezogen werden. Die Antragsteller sollen das 50. Lebensjahr noch nicht überschritten haben; sind sie bei Inkrafttreten der Satzung jedoch bereits Mitglied des Schlesischen Hausfrauenbundes, so ist ihre Aufnahme bis zum Alter von 65 Jahren zulässig.

Der Tarif der Versicherungsleistungen sieht Beihilfen zur ärztlichen Behandlung, zu Medikamenten und Heilmitteln und, falls solche notwendig, zur Krankenhaus- oder Heilanstaltsbehandlung vor. Zu den Arztkosten will die Versicherung 75 v. H. beitragen, gibt jedoch eine zahlenmäßig festgesetzte Grenze für ihre Höchstleistung. Danach soll für das versicherte Vereinsmitglied für eine ärztliche Beratung in der Sprechstunde in der ersten Stufe bis 10 M., in jeder folgenden Stufe 5 M. mehr vergütet werden; für Hausbesuche 12 M., und jede folgende Stufe 6 M. mehr. Für versicherte Familienangehörige ist der Beitrag zu ärztlichen Besuchen 5 M. in Stufe 1, um 2,50 M. von Stufe zu Stufe steigend. Innerhalb eines Kalenderjahres ist die Höchstleistung der Versicherung für ärztliche Behandlung in der ersten Stufe 200 M. und erhöht sich von Stufe zu Stufe um je 10 M. Den versicherten Kindern wird die Hälfte der vorstehenden Beträge gewährt. Auch für Zahnbehandlung erfolgt, allerdings unter verschiedenen Einschränkungen, eine Beihilfe bis zu 75 v. H. der entstandenen Kosten, doch überschreitet diese innerhalb eines Kalenderjahres nicht den Betrag von 75 M. in Stufe 1, der mit jeder folgenden Stufe um 37,50 M. steigt.

Für Medikamente und kleinere Heilmittel gibt die Versicherung einen Zuschuß von 50 v. H. der entstandenen Auslagen bis zum Höchstbetrag von 100 M. in der ersten Stufe, 150 M. in der 2. Stufe und so weitersteigend. Ist Krankenhausbehandlung nötig, so wird Krankengeld, jedoch nicht mehr wie 12 M. täglich bezahlt. Erfolgt die Anstaltsbehandlung auf Wunsch der Versicherten, so erhält sie nur das Krankengeld, das sonst bei Arbeitsunfähigkeit gezahlt wird. Dafür ist 3 M. in Stufe 1 vorgesehen, sich weiter um je 1,50 M. von Stufe zu Stufe erhöhend.

Wochenhilfe wird für vier Wochen in Höhe des Krankengeldes gezahlt. Voraussetzung dafür ist, daß die Wöchnerinnen am Tage der Niederkunft seit mindestens neun Monaten Mitglied der Berufskrankenversicherung ist. Ein regelmäßig verlaufendes Wochenbett und etwaige Schwangerschaftsbeschwerden gelten nicht als Krankheit im Sinne der Satzung, so daß in diesen Fällen ein Anspruch auf Beitragsleistung für Arzt und Medikamente nicht erhoben werden kann.

Die einzelnen Leistungsbeiträge scheinen seit Abfassung der Satzung durch die fortschreitende Geldentwertung überholt zu sein und dürften bei der endgültigen Fassung der Satzung noch eine Abänderung erfahren. Dementsprechend werden sich dann auch die Beiträge der Versicherten erhöhen, die jetzt mit monatlich 10 M. für Erwachsene, um je 5 M. mit jeder Stufe steigend, 4 M. für Kinder, um je 2 M. steigend, vorgesehen sind." —

Frau Keiler-Neuburger nennt diesen Versuch mit Recht einen begrüßenswerten „Anfang" tatkräftiger Selbsthilfe der Hausfrauen; sie verschweigt auch nicht die Mängel, die dem Versuche nach einzelnen Bestimmungen der Satzung anhaften. Den schlimmsten finden wir darin, daß jeder Beitrittsantrag ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden kann. Eine befriedigende Lösung wird nur von einer Änderung der Gesetzgebung zu erhoffen sein. Wird die Familienhilfe (§ 205b RVO.) zur Pflichtleistung der Krankenkassen erhoben, so wäre wenigstens für die Hausfrauen, deren Ehemänner auf Grund der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung Mitglieder einer Krankenkasse sind, in gewissen Grenzen vorgesorgt. Darüber hinaus aber müßte durch Aufhebung des § 159 und durch Ergänzung des § 176 RVO. geholfen werden.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Familienkrankenhilfe bei Früh- und Fehlgeburten.

1. **Nach Bardenberg.** Antwort: Bei Früh- und Fehlgeburten handelt es sich um einen regelwidrigen Körpervorgang, der, wenn er ärztliche Hilfe erforderlich macht, als Krankheit anzusehen ist. Deshalb ist in solchen Fällen die Familienhilfe nach § 25 Abs. 1 Ihrer Satzung zu gewähren.

Unterstützung für Invalidenrentner aus dem Gesetz v. 7. 12. 21.

2. **Nach Derne.** Frage: Sind nach § 2 Abs. 5 des Gesetzes vom 7. Dezember 1921 über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung (RGBl. 1921 S. 1533) und § 5 der hierzu ergangenen Ausführungsverordnung vom 24. 12. 1921 den Waisenrentenempfängern aus der Invalidenversicherung bei Berechnung ihres Gesamtjahreseinkommens auch einmalige Beihilfen, die zur Behebung einer augenblicklichen Notlage dienen, Wirtschafts-, Winter-, Einkleidungs- usw. Beihilfen, aus der sozialen Fürsorge nach dem RVG. vom 12. 5. 20 anzurechnen oder bleiben solche Beihilfen hierbei völlig unberücksichtigt? Letzteres dürfte dem Wortlaut des § 5 der Ausführungsbestimmungen nach zutreffend sein, weil dieser augenscheinlich von laufenden Zuwendungen sprechen will.

Antwort: Das Gesetz v. 7. 12. 21 sowie die Ausführungsverordnung v. 24. 12. 21 definieren den Begriff des Einkommens und der Bezüge aus der Reichsversorgung nicht. § 5 der Verordnung enthält keine Begriffsbestimmung, sondern gibt nur Beispiele. Die dort angeführten Bezüge werden freilich meistens regelmäßig wiederkehrende sein; begrifflich aber umfaßt das Einkommen auch einmalige Einnahmen. Doch wird man die gesetzlichen Vorschriften möglichst wohlwollend für die Rentenempfänger auslegen müssen. Es wäre unbillig, wollte man solche einmaligen Zuwendungen, die nicht auf Grund der allgemeinen Teuerung, sondern wegen der besonderen Not des Empfängers oder aus einem anderen in dessen Person liegenden besonderen Grunde gewährt werden, anrechnen. Für nicht anrechnungsfähig halten wir daher eine einmalige Beihilfe, die dem Versorgungsberechtigten auf Grund des § 21 RVG. zu einer beruflichen Ausbildung gewährt wird. Sie dient nicht dazu, die laufenden wirtschaftlichen Bedürfnisse zu befriedigen. Wohl aber sind für diesen Zweck die Unterstützungen aus dem Ges. v. 7. 12. 21 bestimmt.

a) **Meldepflicht bezüglich schwankender Bezüge (§§ 317, 318 RVO.).** b) **Fortbezug von Lohn während Dienstbehinderung durch Krankheit (§ 616 BGB.).**

3. **Nach Rottenburg.** Antwort: a) Die Provisionen, d. h. Vermittlungs- oder Abschlußvergütungen, die der Versicherungsinspektor von der Versicherungsgesellschaft neben seinem festen Gehalte bezieht, gehören nach § 160 RVO. im vollen Betrage zu dem Entgelt für seine Dienste. Reisespesen und Tagegelder dagegen sind dem Entgelt nur insoweit zuzurechnen, als sie nach der Absicht der Beteiligten nicht bloß den durch die Reise bedingten Mehraufwand über die Ausgaben im Haushalt decken, sondern dem Angestellten darüber hinaus einen Vorteil bringen sollen (zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 3 zu § 160 RVO.). Die Höhe dieser schwankenden Bezüge ist nach einer Durchschnittsberechnung zu ermitteln; die Satzung kann hierüber Näheres bestimmen (Anm. 3 Abs. 2 zu § 180 a. a. O.). Der Arbeitgeber hat in der Anmeldung nach § 318 RVO. auch die Angaben zu machen, die durch die Satzung zur Berechnung der Beiträge gefordert werden. Enthält die Satzung hierüber keine näheren Bestimmungen, so genügt der Arbeitgeber seiner Meldepflicht durch einfache Angabe des Lohnbetrags. Die Kasse hat kein Mittel, den Arbeitgeber zur Vorlegung von Nachweisen, insbesondere Kontoauszügen, behufs Feststellung des Durchschnittsbetrags der schwankenden Bezüge anzuhalten. Sie kann nur, wenn sie Anlaß hat, die Richtigkeit der Angaben zu bezweifeln, das Versicherungsamt oder andere Behörden um Ermittlungen, namentlich Zeugenvernehmungen, ersuchen (§ 115 RVO., zu vgl. Hahn a. a. O. Anm. 5c zu § 530).

b) Der Dienstverpflichtete behält seinen Anspruch auf Vergütung nach § 616 Satz 1 BGB., wenn er durch unverschuldete Krankheit für „verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" an der Dienstleistung verhindert ist. Eine wie lange Zeit der Verhinderung im Sinne dieser Vorschrift als nicht erheblich anzusehen ist, läßt sich nicht allgemein sagen, sondern ist nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles zu entscheiden. Einen Anhalt dafür wird oft der Umstand gewähren, ob der Arbeitgeber mit besonderen Kosten einen Vertreter einstellen mußte. Solange dies nicht der Fall war, wird man die Dauer der Krankheit nicht für erheblich ansehen können. Ganz unerheblich für diese Frage ist es, ob der Versicherte Krankengeld oder Krankenhauspflege bezieht. Dies kommt nur in Betracht für die andere Frage, ob der Versicherte, der während der Krankheit die Vergütung weiter bezieht, sich darauf nach § 616 Satz 2 BGB. das Krankengeld anrechnen lassen muß. Wir halten eine solche Anrechnung bei der Krankenhauspflege nicht für zulässig, wenn nicht etwa neben dieser Sachleistung noch ein Geldbetrag, der angerechnet werden könnte — also Hausgeld oder Taschengeld (§§ 186, 194 RVO.) —, gezahlt wird (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 599 Ziff. 6, 1920 S. 256 Ziff. 16).

Kosten der Verpflegung anläßlich einer Reise zum Arzt.

4. **Nach Schw.** Antwort: Tollwutverdacht gilt als Krankheit und rechtfertigt daher den Anspruch auf Krankenpflege, wie offenbar die Kasse auch richtig annimmt (vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1a zu § 182). Zur Krankenpflege gehören aber alle Maßnahmen, die die ärztliche Behandlung erst ermöglichen; darum sind die Kosten der Reise zum Arzt zu erstatten. Zu den Ausgaben, die zu erstatten sind, gehören auch die Aufwendungen, die der Kranke am Ort der ärztlichen Behandlung über diejenigen hinaus machen muß, die er an seinem Wohnorte für seinen Lebensunterhalt machen müßte. Also alle mit der Reise verbundenen notwendigen Mehraufwendungen sind zu erstatten (zu vgl. auch Entsch. des RVA. 2593 Amtl. Nachr. 1920 S. 399, ArbVers. 1920 S. 609). Der Versicherte hat auch dann Anspruch auf Ersatz, wenn er bei Verwandten gewohnt hat; denn diesen ist nicht zuzumuten, ihn unentgeltlich zu verpflegen. Ein Satz von 30 Mark täglich für Verpflegung in einer Großstadt, wie Berlin, erscheint bei der herrschenden Teuerung angemessen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1349 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | **11. April 1922** | **Heft 11**

Das Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung.

Von Landesrat Seelmann-Eggebert in Oldenburg.

In dem Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung vom 7. 12. 21 (RGBl. S. 1533; zu vgl. die kurze Inhaltsangabe hier, Heft 6 S. 94) hat der Gesetzgeber den bis dahin eingeschlagenen Weg, den Rentenempfängern dadurch zu helfen, daß er den Versicherungsträgern die Verpflichtung zur Gewährung von Zulagen, Beihilfen, Rentenerhöhungen auferlegte, verlassen, weil die Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger erschöpft und eine weitere Erhöhung der Beiträge untunlich ist. Die Verpflichtung zur Gewährung von weiteren Unterstützungen ist nunmehr den Gemeinden auferlegt, denen 80 v. H. der verauslagten Unterstützungsbeträge vom Reich ersetzt werden.

Während die bisherigen Zulagen, Beihilfen und Rentenerhöhungen, die unverändert weitergezahlt werden, grundsätzlich allen Rentenempfängern zustanden (eine Ausnahme galt und gilt nur für Empfänger von Militärversorgungs- und -hinterbliebenenrenten), sollten nach dem Entwurf des Gesetzes die neuen Unterstützungsbeträge nur notleidenden Rentenempfängern gewährt werden. Im Reichstage ist zwar das Wort „notleidend" gestrichen worden, geändert ist dadurch aber an der Vorlage nicht allzu viel, denn Voraussetzung für die Gewährung der Unterstützung ist auch nach dem Inhalt des verabschiedeten Gesetzes, daß der Rentenempfänger nicht ein anderweites Einkommen von bestimmter Höhe hat.

Obwohl zu dem Gesetz eine Ausführungsverordnung vom 24. 12. 21 (RGBl. S. 1665) ergangen ist — weiterhin angeführt als Ausf.-VO. — bietet seine Durchführung doch erhebliche Schwierigkeiten.

I. Die unterstützungsberechtigten Personen.

Unterstützungsberechtigt sind deutsche Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung und der Angestelltenversicherung (§ 1 des Ges.). Deutsche sind solche Personen, die ihrer Staatsangehörigkeit nach Deutsche sind. Aus dem Umstande, daß die Unterstützungen von der Gemeinde des Wohnorts gewährt werden, ergibt sich, daß nur solche Deutsche Anspruch auf die Unterstützung haben, die im Inland wohnen. Nach § 9 des Gesetzes kann aber der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats bestimmen, daß die Vorschriften dieses Gesetzes auf fremde Staatsangehörige, die im Inland ihren Wohnort haben, Anwendung finden. Auch kann der Reichsarbeitsminister oder die von ihm beauftragte Stelle einem Deutschen, der sich im Inland aufhält, eine entsprechende Zulage zubilligen; die Kosten hierfür trägt das Reich. Durch Verordn. vom 4. 2. 22 (RGBl. S. 204) ist bestimmt, daß das Gesetz vom

7. 12. 21 auch für solche Rentenempfänger gilt, die Staatsangehörige der österreichischen Republik sind und seit dem 1. 10. 20 ununterbrochen in Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Renten aus der Invalidenversicherung sind die Invaliden-, Alters-, Witwen-, Witwer- und Waisenrenten. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Rente von einer Landesversicherungsanstalt oder von einer Sonderanstalt der Invalidenversicherung (§ 1360 ff. RVO.) festgesetzt ist. Eine Besonderheit bieten aber noch die Witwenrenten der Seekasse, die nicht wie sonst in der Invalidenversicherung nur im Falle der Invalidität, sondern unter bestimmten Voraussetzungen allgemein gewährt werden. Da Gesetz und AusfVO. etwas anderes nicht bestimmen, kann nur angenommen werden, daß auch erwerbsfähige Witwenrentenempfänger der Seekasse unterstützungsberechtigt sind. Es handelt sich zweifellos um ein Versehen des Gesetzgebers, das aber durch die Praxis nicht berichtigt werden kann.

Renten aus der Angestelltenversicherung sind das Ruhegeld, die Witwen-, Witwer- und Waisenrenten. Als Empfänger dieser Renten sind auch Personen anzusehen, die gemäß §§ 372 bis 386, 388 AngestVG. aus Ersatzkassen Ruhegeld oder Rente auf Grund reichsgesetzlicher Versicherungspflicht beziehen. Dagegen gelten nicht als Rentenempfänger im Sinne dieses Gesetzes solche Personen, die nur eine lebenslängliche Rente oder Leibrente nach §§ 61 oder 63 AngestVG. beziehen (§ 2 AusfVO.). Empfänger einer Witwenrente aus der Angestelltenversicherung sind jedoch nur dann unterstützungsberechtigt, wenn sie invalide im Sinne des § 1258 Abs. 2 RVO. sind. Hier ist also die Bestimmung getroffen, die, wie oben erwähnt, bei den Empfängern einer Witwenrente aus der Seekasse fehlt. Ob die Witwe invalide ist, stellt die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht fest; die Gemeinde muß also selbst ermitteln, ob Invalidität vorliegt.

Ob jemand Rentenempfänger in diesem Sinne ist, wird grundsätzlich durch den Bescheid nachgewiesen, den der Rentenempfänger vom Versicherungsträger erhalten hat. Dabei ist aber zu beachten, daß durch den vorgelegten Bescheid kein sicherer Beweis dafür erbracht wird, daß der Versicherte überhaupt Rente oder Rente in der im Bescheide angegebenen Höhe bezieht. Denn einmal werden nach der Entziehung, Einstellung oder nach sonstigem Wegfall der Renten die erteilten Bescheide nicht eingezogen, so daß also jemand einen Rentenbescheid in Händen haben kann, ohne Rentenempfänger zu sein, anderseits geben wohl die meisten Bescheide der Träger der Invalidenversicherung die Bezüge des Rentenempfängers zur Zeit nicht richtig an. Denn die Zulagen, Beihilfen und Rentenerhöhungen zu den vor Inkrafttreten des Gesetzes vom 23. 7. 21 festgesetzten Renten wurden jedenfalls in der Hauptsache nicht von dem Träger der Invalidenversicherung bewilligt und festgestellt, sondern ohne dessen Mitwirkung von der Post selbständig gezahlt. Da diese Rentenerhöhungen nicht allen Rentenempfängern zustehen, ggf. auch nur zu einem Bruchteil gezahlt werden, muß die Gemeinde im Zweifel die Höhe der dem Rentenempfänger tatsächlich gezahlten Beträge feststellen. Sichere Auskunft hierüber kann nur die zahlende Postanstalt erteilen, die ja auch von der Gemeinde am einfachsten zu erreichen ist. Anfrage bei dem Träger der Invalidenversicherung, der an sich nach § 4 Abs. 4 AusfVO. zur Auskunft verpflichtet ist, hat wenig Wert, da dieser nach seinen Akten vielfach nicht mit Sicherheit sagen kann, welcher Betrag tatsächlich zur Auszahlung gelangt, sondern Rückfrage bei der zahlenden Postanstalt halten muß.

Für den Anspruch auf die Unterstützung ist die Tatsache des Rentenbezugs entscheidend; die Gemeinde darf nicht etwa die Unterstützung versagen, weil die Rente zu Unrecht bezogen werde, z. B. weil ein Invalidenrentenempfänger nicht mehr invalide sei.

Bei den Waisenrenten ist zu beachten, daß jede Waise beim Vorhandensein der sonstigen Voraussetzungen Anspruch auf die Unterstützung hat, nicht etwa der Waisenstamm zu-

sammen nur einmal, mag auch, wie es die Regel ist, die Rente für die sämtlichen Waisen desselben Waisenstammes in ein und demselben Bescheide angewiesen sein.

Wer gleichzeitig Rente aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung bezieht, ist nur einmal zum Bezuge der Unterstützung berechtigt. Sind beide Ehegatten Rentenempfänger, so hat jeder von ihnen Anspruch auf die Unterstützung.

II. Rechtsanspruch.

Auf die Unterstützung besteht ein Rechtsanspruch; sie muß also gewährt werden, wenn die Tatsachen feststehen, von denen das Gesetz die Gewährung der Unterstützung abhängig macht (§ 4 Abs. 1 AusfVO.). Die Unterstützungen sind nicht zurückzuzahlen, wenn später die Verhältnisse des Rentenempfängers sich bessern sollten.

III. Höhe der Unterstützung.

Die Unterstützung ist in der Invalidenversicherung in einer solchen Höhe zu bemessen, daß das Gesamtjahreseinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente den Betrag von 3000 M., einer Witwen- oder Witwerrente den Betrag von 2100 M. und einer Waisenrente den Betrag von 1200 M. erreicht; dabei ist zu beachten, daß jede Waise auf den Betrag von 1200 M. zu bringen ist, nicht etwa die Gesamtheit der Waisen eines Waisenstammes zusammen auf diesen Betrag (§ 2 Abs. 1 des Gesetzes).

Entsprechende Unterstützungen sind an Empfänger von Ruhegeld und Hinterbliebenenrente aus der Angestelltenversicherung zu gewähren (§ 2 Abs. 2 des Gesetzes); die Ruhegeldempfänger stehen also den Empfängern von Invaliden- oder Altersrente gleich.

Hat der Rentenempfänger Kinder unter 15 Jahren, die nicht auf Grund der RVO., des AngestVG., des RVG. oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Rente beziehen, so erhöht sich die für das Gesamtjahreseinkommen anzurechnende Grenze um 500 M. für jedes Kind. Für das 4. und jedes weitere Kind beträgt diese Erhöhung 600 M. Elternlose Enkel unter 15 Jahren, deren Unterhalt der Empfänger einer Rente ganz oder überwiegend bestreitet, werden den Kindern unter 15 Jahren gleichgestellt (§ 2 Abs. 3 des Gesetzes). Auf die Kinderzuschläge besteht also dann kein Anspruch, wenn das Kind selbst irgendeine Rente der gedachten Art bezieht; auf die Höhe der Rente kommt es dabei nicht an. Der Zuschlag zu der Unterstützung ist also auch dann zu versagen, wenn die Rente niedriger ist als der Zuschlag zu der Unterstützung sein würde. Kinder in diesem Sinne sind eheliche und ihnen gleichgestellte Kinder sowie die unehelichen Kinder weiblicher Rentenempfänger (§ 3 AusfVO.). Für den Anspruch auf die Zuschläge für Kinder kommt es nicht darauf an, ob der Rentenempfänger den Unterhalt des Kindes bestreitet oder nicht; die Kinderzuschläge sind also, ebenso wie nach der RVO. die Kinderzuschläge zu den Invalidenrenten, auch dann zu gewähren, wenn die Kinder nicht im Hause des Rentenempfängers wohnen, sondern von anderen aufgenommen sind und von diesen ganz unterhalten werden. Für Enkel dagegen sind die Zuschläge nur dann zu gewähren, wenn der Rentenempfänger den Unterhalt der Enkel ganz überwiegend bestreitet (§ 2 Abs. 3 des Gesetzes).

Sind beide Ehegatten Rentenempfänger und wird beiden die Unterstützung gewährt, so haben auch, da das Gesetz nichts anderes bestimmt, beide Anspruch auf die Kinderzuschläge. Ob diese Häufung nötig gewesen wäre, kann zweifelhaft erscheinen. Das Gesetz bietet aber für eine andere Auslegung keine Handhabe. Übrigens werden die Kinderzuschüsse zu den Invalidenrenten nach der RVO. auch beiden Ehegatten gewährt.

Die Rentenempfänger sind durch die Unterstützungen auf das nach den obigen Regeln ermittelte Gesamtjahreseinkommen zu bringen, also auf 3000 M., 2100 M. und 1200 M., vermehrt um die Kinderzuschläge. Auf dieses Gesamtjahreseinkommen ist grundsätzlich jedes sonstige Einkommen, das der Rentenempfänger noch hat, anzurechnen. Von diesem Grundsatz gelten aber nach dem

Gesetz Ausnahmen insofern, als bestimmte Einkommenquellen auf das Gesamtjahreseinkommen gar nicht oder nur zum Teil angerechnet werden sollen. Es gibt also Einkommensarten, die auf das Gesamtjahreseinkommen gar nicht, zum Teil oder ganz angerechnet werden.

1. Einkommen, das gar nicht angerechnet wird.

a) Private Wohlfahrtspflege. Unterstützungen, die die private Wohlfahrtspflege ohne Rechtspflicht gewährt, sind nicht zum Einkommen zu rechnen (§ 6 Abs. 2 AusfVO.); sie bleiben also ganz außer Betracht. Um private Wohlfahrtspflege handelt es sich auch dann, wenn die Unterstützungen aus Stiftungen gewährt werden, die von Korporationen des öffentlichen Rechts verwaltet werden. Dagegen werden die Unterstützungen aus kirchlichen Mitteln nicht zur privaten Wohlfahrtspflege gerechnet werden können. Sie sind, da das Gesetz sie nicht besonders erwähnt, voll anzurechnen. Das wird aber nur gelten, wenn es sich um laufende Unterstützungen handelt. Gelegentliche einmalige Unterstützungen werden außer Betracht bleiben müssen, denn die Unterstützung soll in der Regel für ein Kalendervierteljahr festgesetzt werden (§ 6 Abs. 1 AusfVO.), und es läßt sich bei Festsetzung der Unterstützung nicht übersehen, ob im folgenden Kalendervierteljahr eine solche einmalige kirchliche Unterstützung gewährt werden wird. Wollte man hier zu strenge vorgehen, so wäre die Folge davon, daß die Kirchen ihre Unterstützungen einstellen würden, da sie in Wirklichkeit der Reichskasse zugute kommen würden. Aus demselben Grunde werden die Kirchen laufende Unterstützungen nicht mehr gewähren, sondern sie in gelegentliche einmalige umwandeln.

Ebenso sind auch laufende Unterstützungen anderer öffentlicher Korporationen voll anzurechnen, z. B. solche Unterstützungen, die nicht pensionsberechtigten Beamten und Lehrern vom Reiche, Staat, Gemeinde usw. gewährt werden.

b) Einkommen aus Unterstützung durch Angehörige ist auf das Gesamtjahreseinkommen insoweit nicht anzurechnen, als es über die gesetzliche Unterhaltspflicht oder aber vertraglich übernommene Verpflichtungen hinausgeht (§ 2 Abs. 5 des Gesetzes). Im übrigen ist es voll anzurechnen. Siehe unten.

c) Krankengeld. Weder Gesetz noch Ausführungsverordnung erwähnen Krankengeld, Wochengeld und andere Bezüge, die nach dem II. Buche der RVO. oder von anderen Krankenkassen gewährt werden. Sie sind danach grundsätzlich voll anzurechnen. Indessen wird man in der Praxis das Krankengeld vielfach unberücksichtigt lassen müssen. Wenn ein Rentenempfänger die Unterstützung von der Gemeinde bezieht, wird sie nicht deshalb entzogen werden dürfen, weil der Rentenempfänger vorübergehend in den Genuß von Krankengeld tritt. Die Unterstützung soll in der Regel jeweils für ein Kalendervierteljahr festgesetzt werden (§ 6 AusfVO.); es muß also grundsätzlich ermittelt werden, welche Einnahmen der Rentenempfänger voraussichtlich im kommenden Vierteljahr haben wird. Dabei kann Krankengeld nicht berücksichtigt werden, da nicht geschätzt werden kann, ob und wie lange der Rentenberechtigte im kommenden Vierteljahre zum Bezuge des Krankengeldes berechtigt sein wird. Läßt sich für das kommende Vierteljahr der Betrag des anzurechnenden Einkommens nicht ausreichend feststellen, so können die tatsächlichen Bezüge im vorhergehenden Vierteljahr zugrunde gelegt werden (§ 6 Abs. 1 AusfVO.). Auch wenn diese Vorschrift angewendet wird, muß das Krankengeld außer Betracht bleiben; das geschieht nach dieser Regel schon von selbst, wenn der Rentenempfänger im vorhergehenden Vierteljahr Krankengeld nicht bezogen hat. Aber auch wenn der Rentenberechtigte im vorhergehenden Vierteljahr von seiner Krankenkasse Krankengeld erhalten hat, so kann aus dieser Tatsache nichts darüber entnommen werden, ob und wie lange er im kommenden Vierteljahr noch Krankengeld beziehen wird. Man wird

aber die Unterstützung für das laufende Vierteljahr nicht lediglich deshalb versagen dürfen, weil der Rentenempfänger im vorhergehenden Vierteljahr Krankengeld bezogen hat.

Anders sind diejenigen Fälle zu beurteilen, in denen der Rentenempfänger wegen der Höhe seines Arbeitsverdienstes Unterstützung nicht bezieht, dann arbeitsunfähig wird, Krankengeld erhält und nun von der Gemeinde die Unterstützung beansprucht. Als Beispiel mag der Altersrentenempfänger dienen, der bis dahin voll erwerbsfähig war und vollen Lohn verdiente. Hier ist m. E. das Krankengeld unbedenklich auf das Gesamtjahreseinkommen anzurechnen, die Unterstützung ist also wegen der Höhe des Krankengeldes in der Regel zu versagen. Denn in diesen Fällen kann das Einkommen des Rentenempfängers für das laufende Vierteljahr mit genügender Sicherheit geschätzt werden, da doch zunächst angenommen werden muß, daß der Rentenempfänger nach Wegfall des Krankengeldes wieder arbeiten und verdienen wird. Sollte sich herausstellen, daß nach Ablauf der Kassenzeit Arbeitsfähigkeit nicht wieder eingetreten ist oder jedenfalls ein Arbeitsverdienst nicht mehr erzielt wird, so würde von diesem Zeitpunkt an der Anspruch auf die Unterstützung entstehen.

2. Einkommen, das nur zum Teil angerechnet wird.

a) Arbeitseinkommen. — Bei Berechnung des Gesamtjahreseinkommens bleibt das Arbeitseinkommen des Rentenempfängers bis zum Jahresbetrage von 2000 M. außer Ansatz (§ 2 Abs. 4 des Gesetzes). Zum Arbeitsverdienst in diesem Sinne rechnet nicht nur der Verdienst aus Lohnarbeit, also nicht nur Gehalt oder Lohn, sondern auch Verdienst aus selbständiger Tätigkeit, z. B. Landwirtschaft, Gewerbe. Dabei ist aber zu beachten, daß nicht in allen Fällen der Reinertrag des Betriebes als Arbeitsverdienst des Rentenempfängers gilt, denn einmal können in dem Reinertrag Zinsen des Kapitalwerts des Betriebes stecken, anderseits gilt als Arbeitseinkommen des Rentenempfängers nur das, was er durch seine eigene Arbeit verdient, während derjenige Teil des Reinertrages, der durch die Mitarbeit seiner Angehörigen erzielt wird, hier außer Betracht bleibt. Siehe auch unten unter 3.

Besorgung der eigenen Hauswirtschaft ist kein Arbeitseinkommen, selbst wenn dadurch Ausgaben erspart werden. Dagegen wird man, wenn ein Rentenempfänger bei einem unterhaltspflichtigen Angehörigen seinen Unterhalt bezieht und sich dafür, wie es üblich ist, in dem Haushalt betätigt, den Wert des Unterhalts ganz oder teilweise als Arbeitseinkommen ansehen können. Das hat für den Rentenempfänger den Vorteil, daß 2000 M. außer Ansatz bleiben, während das, was auf Grund der Unterhaltspflicht gewährt wird, auf das Gesamtjahreseinkommen voll angerechnet wird.

Der Wert von Sachbezügen ist nach den Ortspreisen zu berechnen, die nach § 160 RVO. bei der Berechnung des Entgelts maßgebend sind.

b) Bezüge, die bis zum Betrage von 600 M. insgesamt nicht anzurechnen sind. — Im § 2 Abs. 5 des Gesetzes wird dann eine Reihe von Bezügen aufgeführt, die zwar bei der Berechnung des Gesamtjahreseinkommens anzurechnen sind, von denen aber insgesamt 600 M. jährlich außer Ansatz bleiben. Das bedeutet, daß nicht etwa von jeder dort angeführten und hier weiter unten im einzelnen behandelten Einkommensquellen 600 M. frei bleiben, sondern daß nur von allen im § 2 Abs. 5 aufgeführten Bezügen zusammen 600 M. nicht angerechnet werden. Dabei bestimmt das Gesetz noch weiter, daß hierbei die Bezüge der Hinterbliebenen zusammenzurechnen sind. Das bedeutet folgendes: Wie oben dargelegt, ist zwar jede Waise eines Waisenstammes auf ein Gesamtjahreseinkommen von 1200 M. zu bringen; von den im § 2 Abs. 5 des Gesetzes bezeichneten Bezügen bleibt aber nicht für jede Waise der Betrag von 600 M. frei, sondern nur für alle Hinterbliebenen desselben Rentenempfängers zusammen der Betrag von 600 M.

Beispiel: Ein Invalidenrentenempfänger bezog eine Invalidenrente von 1000 M. Er hatte 4 Kinder unter 15 Jahren. Das Gesamteinkommen, auf das es gebracht werden mußte, war also wie folgt zu berechnen. Der Rentenempfänger selbst

war auf		3000 M.
zu bringen. Dazu kamen Kinderzuschläge		
für die ersten 3 Kinder je 500 M. . =		1500 „
für das vierte Kind		600 „
		5100 M.
Auf diesen Betrag waren anzurechnen:		
die Invalidenrente mit . . .	1000 M.	
Einkommen aus Sparguthaben jährlich 2000 M., wovon nach § 2 Abs. 5 600 M. freibleiben, anzurechnen also	1400 „	
Sa.	2400 M.	2400 M.
Die jährlich zu zahlende Unterstützung betrug also		2700 M.

Dann starb der Rentenempfänger. Seiner invaliden Witwe wurde die Witwenrente und seinen 4 Waisen Waisenrente bewilligt. Die Witwe war nun auf ein Jahreseinkommen von 2100 M., jede Waise auf ein Jahreseinkommen von 1200 M. zu bringen, zusammen also 4 × 1200 = 4800 M. + 2100 M. = 6900 M. Daß die Hinterbliebenen hier mehr erhalten als der verstorbene Rentenempfänger selbst, obwohl eine Person weniger davon zu unterhalten ist, darf nicht weiter auffallen, denn dieser Grundsatz gilt infolge der neueren Gesetze auch sonst im Arbeiterversicherungsrecht.

Der Vater hatte nun durch letztwillige Verfügung sein Sparguthaben unter seinen Hinterbliebenen so verteilt, daß der Mutter und jedem Kinde ein Einkommen aus dem Sparguthaben von 400 M. jährlich zustand. Wäre nun im § 2 Abs. 5 des Gesetzes die Bestimmung nicht enthalten gewesen, daß die Bezüge der Hinterbliebenen zusammenzunehmen sind, so würde für die Witwe und jedes Kind der Betrag von 600 M. jährlich freibleiben, die Zinsen aus dem Sparguthaben würden in unserem Beispiel also gar nicht zur Anrechnung kommen, obwohl sie dem Vater mit 1400 M. angerechnet waren. Da nun aber die Bezüge der Hinterbliebenen nach § 2 Abs. 5 des Gesetzes zusammenzurechnen sind, bleiben wie beim Vater von den Zinsen insgesamt nur 600 M. frei, die übrigen 1400 M. sind auf das Gesamtjahreseinkommen anzurechnen, und zwar wird man annehmen müssen, daß diese 1400 M. nach der Kopfzahl der Hinterbliebenen zu verteilen sind, daß also der Witwe und jedem Kinde 1400 M. : 5 = 280 M. anzurechnen sind. Hiernach stehen den Hinterbliebenen folgende Unterstützungen zu:

1. Die Witwe ist zu bringen auf . . .		2100 M.
Danach werden angerechnet		
die Witwenrente mit .	740 M.	
Zinsen mit	280 „	
Sa.	1020 M.	1020 M.
Die jährliche Unterstützung beträgt also		1080 M.
2. Jede Waise ist zu bringen auf . .		1200 M.
Darauf werden angerechnet		
die Waisenrente mit .	400 M.	
Zinsen mit	280 „	
Sa.	680 M.	680 M.
Die jährliche Unterstützung beträgt also		520 M.
für jede Waise, für 4 Waisen also .		2080 M.
dazu die Unterstützung der Witwe mit		1080 „
so daß die jährl. Unterstützung der Familie		3160 „

beträgt, während zu Lebzeiten des Mannes nur 2700 M. gezahlt würden.

In gleicher Weise ist zu verfahren, wenn die Hinterbliebenen nicht Zinsen, sondern andere Bezüge im Sinne des § 2 Abs. 5 des Gesetzes haben. Beziehen die Hinterbliebenen mehrere Arten der im § 2 Abs. 5 bezeichneten Bezüge, so bleiben insgesamt für alle Waisen von allen Bezügen zusammen nur 600 M. außer Ansatz.

Im einzelnen führt § 2 Abs. 5 folgende Bezüge auf:

A. Militärrenten. Das Gesetz sagt: „Bezüge auf Grund des RVG. vom 12. 5. 20 oder anderer Militärversorgungsgesetze". Dazu sagt § 5 der AusfVO., daß als Bezüge auf Grund dieser Gesetze auch widerrufliche Zuwendungen, Teuerungszulagen und Teuerungszuschläge gelten, die auf Grund dieser Gesetze aus Reichsmitteln gewährt werden. Hier genügt also der tatsächliche Bezug von Militärversorgungsgebührnissen, während nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts für die von den Landesversicherungsanstalten zu gewährenden Rentenerhöhungen die Kannbezüge außer Ansatz bleiben müssen.

Die Höhe der Bezüge kann von der Gemeinde durch Anfrage bei der zahlenden Postanstalt festgestellt werden; die Rentenberechtigten erhalten außer dem ihnen vom Versorgungsamt zugestellten Rentenbescheid von der Post einen Ausweis für die Erhebung der Bezüge, die die Nummer der Stammkarte anzeigt. Bei größeren Postanstalten wird diese Nummer bei Anfragen der Post mitgeteilt werden.

Außer diesen von der Post gezahlten Beträgen erhalten die Versorgungsberechtigten zum Teil noch Bezüge von den Fürsorgestellen ausbezahlt, die gleichfalls als Versorgungsgebührnisse anzusehen sind. Einmalige Unterstützungen werden aber unberücksichtigt bleiben müssen.

B. Aus der knappschaftlichen Versicherung. Es handelt sich hier um die Leistungen, die Knappschaftsvereine und Knappschaftskassen gewähren. Die Leistun-

gen der Knappschaftsberufsgenossenschaft sind keine Leistungen aus der knappschaftlichen Versicherung, denn die Knappschaftsberufsgenossenschaft führt nur die reichsgesetzliche Unfallversicherung durch. Die Leistungen der Knappschaftsberufsgenossenschaft gehören also nicht hierher.

Die Leistungen der Knappschaftsvereine und Knappschaftskassen zerfallen in Leistungen der Krankenversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Während also, wie bereits oben dargelegt, den Leistungen der übrigen Krankenkassen ein Vorzugsrecht nicht eingeräumt ist, werden die Leistungen der knappschaftlichen Krankenversicherung bis zu 600 M. jährlich auf das Gesamtjahreseinkommen nicht angerechnet.

Bei den Leistungen der knappschaftlichen Versicherung auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist zu beachten, daß es Knappschaftsvereine gibt, die als Sonderanstalten der Invalidenversicherung (§ 1360 RVO.) zugelassen sind und deshalb die reichsgesetzlichen Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gewähren. Um diese reichsgesetzlichen Leistungen, die sich mit den Leistungen der Landesversicherungsanstalten decken, handelt es sich hier nicht. Gemeint sind vielmehr die Leistungen der Knappschaftsvereine, soweit sie lediglich oder neben den reichsgesetzlichen Leistungen in Zuschußleistungen bestehen, also in den Mehrleistungen, die die Mitglieder der Knappschaftskassen neben den reichsgesetzlichen Leistungen erhalten.

C. A u s ö f f e n t l i c h e n o d e r p r i v a t e n V e r s i c h e r u n g s u n t e r n e h m u n g e n. Zu den „privaten" Versicherungsunternehmungen gehören neben den Lebens-, Haftpflicht-, Unfall- usw. Versicherungsgesellschaften auch die privaten Krankenkassen, mögen sie nun Ersatzkassen im Sinne der RVO. oder Zuschußkassen sein. Während also die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen der RVO. grundsätzlich voll auf das Gesamtjahreseinkommen anzurechnen sind, bleiben die Leistungen der Privatkrankenkassen bis zum Betrage von 600 M. jährlich frei. — „Öffentliche" Versicherungsunternehmungen sind nicht etwa die Träger der reichsgesetzlichen Arbeiter- und Angestelltenversicherung, denn diese können nicht als Unternehmungen angesehen werden. Insbesondere gehören also auch die Leistungen der Berufsgenossenschaften nicht hierher. Es handelt sich hier um solche öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmungen, die die gleichen Geschäfte betreiben, wie sie sonst von privaten Versicherungsgesellschaften betrieben werden, z. B. die öffentlich-rechtlichen Lebensversicherungsanstalten.

D. A u s p r i v a t e n U n t e r s t ü t z u n g s e i n r i c h t u n g e n. Was unter diesen zu verstehen ist, ist sehr zweifelhaft. Es ist oben dargelegt, daß nach § 6 Abs. 2 AusfVO. Unterstützungen, die die private Wohlfahrtspflege ohne Rechtspflicht gewährt, nicht zum Einkommen zu rechnen sind. Es handelt sich also darum, die private Wohlfahrtspflege von den privaten Unterstützungseinrichtungen abzugrenzen. In der Anleitung, die das Oldenburgische Ministerium der sozialen Fürsorge den nachgeordneten Behörden gegeben hat, werden als private Unterstützungseinrichtungen solche Einrichtungen bezeichnet, die auf Grund festgeordneter Voraussetzungen einen Rechtsanspruch auf bestimmte laufende Unterstützungen gewähren. Ich halte diese Begriffsbestimmung für zutreffend.

E. A u s S p a r g u t h a b e n. Was unter Sparguthaben zu verstehen ist, ist gleichfalls sehr zweifelhaft. Wenn man den Begriff eng auslegt, könnte man dahin kommen, anzunehmen, daß nur Geld, das der Unterstützungsberechtigte selbst erspart hat, ein Sparguthaben ist, und daß als solches nur ein Guthaben anzuerkennen ist, das bei einer Bank, Sparkasse oder einer ähnlichen Kasse angelegt ist. Ich halte eine so enge Auslegung nicht für richtig. Von einem Sparguthaben kann man auch dann sprechen, wenn es nicht von dem Eigentümer des Sparguthabens erspart, sondern von ihm ererbt, aber nicht ausgegeben ist. Waisen, die Geld von ihrem früher unterstützungsberechtigten Vater erben, könnten sonst überhaupt kein Sparguthaben

besitzen, und doch gilt die Vorschrift über das Sparguthaben auch für die Waisen. Es würde in vielen Fällen auch unmöglich sein, festzustellen, woher das Geld stammt. Denn wenn auch wirklich ermittelt werden könnte, daß der Unterstützungsberechtigte Geld geerbt hat, so würde doch vielfach nicht klargestellt werden können, daß das vorhandene Kapital aus der Erbschaft herrührt. Es würde gewiß häufig eingewendet werden, daß das ererbte Geld ausgegeben und das vorhandene Kapital neu erspart sei. Auf solche Schwierigkeiten sollte man sich überhaupt nicht einlassen. Und es kann auch meines Erachtens keinen Unterschied machen, ob das Geld bei einer Sparkasse, Bank usw., oder in Wertpapieren, Hypotheken und dergleichen angelegt ist. Auch bei Wertpapieren und Hypotheken wird man noch von einem Guthaben sprechen können. Das kann man allerdings nicht, wenn das Vermögen in Grundbesitz angelegt ist und die Einkünfte daraus in Miete oder Pacht bestehen. Ich bin daher geneigt, Sparguthaben im Sinne von Kapitalvermögen zu verstehen. Daß bei dieser Auslegung Unterstützungsberechtigte, die ihre Ersparnisse in städtischem Grundbesitz angelegt haben, bei der heutigen Lage des Hausbesitzes schlecht fahren, ist zwar hart, bei der Fassung des Gesetzes aber meines Erachtens nicht zu vermeiden.

3. Einkommen, das voll angerechnet wird.

Jedes Einkommen, das im vorstehenden nicht aufgeführt ist, wird auf das Gesamtjahreseinkommen voll angerechnet. Hierher gehören z. B. die reichsgesetzlichen Unfallrenten, die Renten der Invaliden- oder Angestelltenversicherung, falls der Versicherte Renten aus beiden Versicherungszweigen bezieht, Ruhegeld und Hinterbliebenenbezüge der öffentlichen Beamten und ihrer Hinterbliebenen, Mieten und Pachten, soweit sie sich als Überschuß nach Abzug der Lasten darstellen, Mietwert der Wohnung im eigenen Hause, Einkommen aus landwirtschaftlichem Grundbesitz, Renten auf Grund letztwilliger Verfügung, Unterhaltsansprüche auf Grund letztwilliger Verfügung, Unterstützung durch Angehörige, soweit sie über die gesetzliche Unterhaltspflicht oder vertraglich übernommener Verpflichtungen nicht hinausgeht; nach § 6 AusfVO. sind Unterhaltsansprüche bei Berechnung des anzurechnenden Einkommens nur zu berücksichtigen, soweit sie erfüllt sind oder nach der Überzeugung der über die Unterstützung entscheidenden Stelle von dem Unterhaltspflichtigen erfüllt werden können. Die gesetzliche Unterhaltspflicht besteht nur zwischen Verwandten in gerader Linie (§ 1601 BGB.) sowie zwischen Ehegatten (§ 1360 BGB.), soweit sie den Verhältnissen nach dazu imstande sind (§ 1603 ff. BGB.). Außerdem ist der uneheliche Vater seinem Kinde gegenüber unterhaltspflichtig; dies kann von Bedeutung sein, wenn das uneheliche Kind nach dem Tode seiner Mutter Waisenrente bezieht.

Die Anrechnung dieser Unterhaltsansprüche wird die Hauptschwierigkeit sein, die sich der Durchführung des Gesetzes entgegenstellt. Wenn man hierbei zu streng verfährt, wird die Mehrzahl der Waisen, die von ihrer Mutter unterhalten werden, keine Unterstützung erhalten.

4. Beispiele:

1. Eine Altersrentenempfängerin mit einer Altersrente von 1000 M. führt ihrem unverheirateten Sohne die Wirtschaft und erhält von diesem freien Unterhalt. Man wird unbedenklich annehmen können, daß sie den freien Unterhalt nicht auf Grund der Unterhaltspflicht, sondern als Gegenleistung für die Führung der Wirtschaft erhält. Der Wert des Unterhalts, der an dem betr. Orte auf 3800 M. festgesetzt ist, stellt sich also als Arbeitseinkommen dar, von dem 2000 M. außer Ansatz bleiben. Der anrechnungsfähige Betrag des Arbeitseinkommens beträgt also 1800 M.; dazu die Rente von 1000 M., so daß die Rentenempfängerin ein anrechnungsfähiges Gesamtjahreseinkommen von 2800 M. hat. Sie hat also Anspruch auf die Unterstützung von 200 M. jährlich.

2. Eine Invalidenrentenempfängerin mit einer Invalidenrente von 1000 M. lebt im Hause ihres verheirateten Sohnes und betätigt sich in dessen Haushalt. Nimmt man an, daß die Rentenempfängerin den Unterhalt auf Grund der Unterhaltspflicht des Sohnes erhält, so erhält sie keine Unterstützung, denn der Wert des freien Unterhalts ist voll anzurechnen und beträgt allein schon 3800 M. Ist es dagegen nach Lage der Verhältnisse möglich, anzunehmen, daß der Unterhalt als Entschädigung für die Arbeitsleistungen der Mutter im Haushalt gewährt wird, sich also als Arbeitseinkommen darstellt, so empfängt die Rentenempfängerin wie im

vorhergehenden Beispiel noch 200 M. jährlich Unterstützung.

3. Eine dauernd bettlägerig kranke Invalidenrentenempfängerin mit einer jährlichen Invalidenrente von 1000 M., lebt im Hause ihrer verheirateten Tochter. Das gesamte Einkommen der Familie wird vom Schwiegersohn erworben; die Tochter selbst hat kein Einkommen. Unterhaltspflichtig ist an sich die Tochter, die aber leistungsunfähig ist; gewährt wird der Unterhalt vom Schwiegersohn, der aber nicht unterhaltspflichtig ist. Da hiernach in unserem Beispiel der Unterhalt über die gesetzliche Unterhaltspflicht hinaus gewährt wird, bleibt der Wert des freien Unterhalts bei Berechnung des Gesamtjahreseinkommens außer Ansatz. Die Witwe erhält also eine jährliche Unterstützung von 2000 M.

4. Ein Invalidenrentenempfänger bezieht eine jährliche Invalidenrente von 1000 M. Er hat vier Kinder unter 15 Jahren. Das Gesamteinkommen, auf das er gebracht werden muß, ist wie folgt zu berechnen:

Der Rentenempfänger selbst ist auf . .	3000	M.
zu bringen. Dazu kommen Kinderzuschläge		
für die ersten 3 Kinder zu 500 M. . =	1500	„
für das 4. Kind	600	„
Sa.	5100	M.

Als tatsächliches Einkommen des Rentenempfängers wurde ermittelt:

Invalidenrente	1000	M.
Jahresarbeitsverdienst	3000	„
Reichsgesetzliche Unfallrente	300	„
Zinsen von einem Sparguthaben . . .	200	„
Militärversorgungsrente	300	„
Haftpflichtrente	200	„
Mietwert der Wohnung im eigenen Hause	800	„
Sa.	5800	M.

Das tatsächliche Einkommen ist also schon höher als die oben ermittelte Summe von 5100 M. Indessen wird von dem tatsächlichen Verdienst nur ein Teil angerechnet. Voll angerechnet wird die Unfallrente und der Mietwert der Wohnung, von dem Jahresarbeitsverdienst bleibt der Betrag von 2000 M. frei, von den Zinsen, der Versorgungs- und der Haftpflichtrente zusammen 600 M., so daß sich als anrechnungsfähiges Gesamteinkommen folgender Betrag ergibt:

Invalidenrente	1000	M.
Jahresarbeitsverdienst 3000 — 2000 M. =	1000	„
Unfallrente	300	„
Zinsen, Versorgungs- und Haftpflichtrente,		
zusammen 700 M. — 600 M. . . . . =	100	„
Mietwert der Wohnung	800	„
Sa.	3200	M.

Der Rentenempfänger erhält also noch eine Unterstützung von 1900 M. jährlich. (Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Kosten der Rechtshilfe.

Entsch. des **Bayr. Landesversicherungsamts** vom 7. Dezember 1921 („Mitt." S. 63).

Das Versicherungsamt H. hat am 29. November das Ersuchen der Allgemeinen Ortskrankenkasse G. vom 7. Mai vorgelegt, in dem um Entscheidung gebeten wird, ob die Landesversicherungsanstalt X. verpflichtet sei, der Kasse 20 M. zu erstatten. Dieser Betrag ist dadurch erwachsen, daß die Kasse in einer größeren Zahl von Quittungskarten die Lohnstufe vermerkt hat, die für die Berechnung der Beitragshöhe nach § 1246 RVO. maßgebend ist.

Das Landesversicherungsamt ist nicht in der Lage, die Landesversicherungsanstalt von Aufsichtswegen zur Bezahlung des geforderten Betrags anzuhalten.

Das Ersuchen der Anstalt ist auf § 116 RVO. gestützt. Gemäß § 117 a. a. O. wäre sie nur dann verpflichtet, 20 M. zu bezahlen, wenn dieser Betrag als „bare Auslage" zu erachten wäre. Dies ist hier nicht der Fall.

Die Pflicht zur Rechtshilfe umfaßt auch die Pflicht der ersuchten Behörde, auf ihre Kosten die zur Durchführung des Beistands erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Wenn die Behörde die Arbeiten nicht durch ihre ständigen Arbeiter erledigen lassen will, sondern hierzu sich einer Hilfskraft bedienen zu müssen glaubt, so können die hierdurch erwachsenen Aufwendungen nicht dem ersuchenden Versicherungsträger zur Last gelegt werden. Dies trifft im vorliegenden Fall um so mehr zu, als die Kasse unterm 10. Mai 1921 dem Versicherungsamt H. auf dessen Anfrage berichtete, „die Aushilfsschreiberin, für die der Betrag von 20 M. erwachsen ist, sei für den vorliegenden Zweck allein nicht gewonnen worden, nur habe sie die Arbeit miterledigt". Jedenfalls aber wäre die Anstalt nur ersatzpflichtig, wenn der Kasse auch bei der Erledigung des Ersuchens durch ihre sonstigen Angestellten Auslagen erwachsen sein würden. Solche Auslagen kommen nicht in Frage.

Kann die Zurücknahme eines Rechtsmittels wegen Irrtums widerrufen oder angefochten werden?

Urteil des **Reichsversorgungsgerichts** v. 27. Mai 1921 (Entsch. 2 S. 67.)

... Der Kläger hat in seinem Schriftsatz vom 3. Februar 1921 erklärt, er nehme den Rekurs vom 12. April 1920 zurück, „um endlich zur Ruhe zu kommen und auch weiteres Entgegenkommen zu zeigen". Damit hat er gegenüber der Spruchbehörde

klar, uneingeschränkt und ohne Vorbehalt den Willen bekundet, daß dem Verfahren kein Fortgang gegeben werden solle, und dadurch eine Prozeßhandlung vorgenommen, die für ihn den Verlust des Rechtsmittels zur Folge hatte (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. I S. 512 Anm. 11 zu § 80 Gew.-UnfGes.). Diese Willenserklärung hat der Kläger im Schriftsatz vom 15. Februar 1921 widerrufen, und er scheint den Widerruf damit begründen zu wollen, daß er bei der Zurücknahme von der irrtümlichen Annahme ausgegangen sei, sein Rekurs sei zu spät beim Reichsversorgungsgericht eingegangen. Daß der beliebige Widerruf einer Prozeßhandlung unzulässig ist, ist allgemein anerkannt. Für das Verfahren gilt der Grundsatz, daß Prozeßhandlungen unwiderruflich sind, soweit sie nicht im Gesetz durch besondere oder allgemeine Vorschriften für widerruflich erklärt sind (zu vgl. Gaupp-Stein, Zivilprozeßordnung, 10. Aufl. Bd. 1 S. 367 vor § 128 Anm. V b). Da der Kläger bei der Zurücknahme des Rekurses in einem Irrtum gewesen sein will, kommt es somit darauf an, ob die Zurücknahme eines Rechtsmittels wegen Irrtums angefochten werden kann.

Diese Frage wird in Rechtsprechung und Schrifttum verschieden beantwortet. Das Reichsversicherungsamt hat von jeher den Standpunkt vertreten, daß eine Anfechtung der Zurücknahme wegen Irrtums nach den Vorschriften der §§ 119 ff. BGB. zugelassen ist (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. II S. 604, 605). Das Reichsgericht hat in dieser Hinsicht zuerst geschwankt, dann aber in einer Entscheidung vom 7. Januar 1913 ausgesprochen, daß die Erklärung der Zurücknahme eines Rechtsmittels ein rein prozessuales Rechtsgeschäft sei, auf das die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Anfechtung einer Erklärung wegen eines Willensmangels keine Anwendung finden könnten (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 81 S. 177, ebenso Oberlandesgericht Dresden Seuferts Archiv Bd. 48 Nr. 296). Das Reichsversicherungsamt hat diese Entscheidung des Reichsgerichts in seinen Amtlichen Nachrichten veröffentlicht (zu vgl. Jahrg. 1913 S. 757), ist aber trotzdem bei seiner früheren Rechtsprechung geblieben (zu vgl. Amtl. Nachr. 1916 S. 457, Rekursentsch. Nr. 2876). Die Auffassung des Reichsgerichts wird im Schrifttum besonders entschieden in der von Stein bearbeiteten 10. Aufl. des Kommentars der Zivilprozeßordnung von Gaupp-Stein vertreten (zu vgl. Bd. I S. 366 ff.). Hier wird ausgeführt, daß im Prozesse die Rücksicht auf die im öffentlichen Interesse liegende Sicherstellung der Rechtsordnung neben das Sonderinteresse der Parteien trete, und es sich damit nicht vertrage, wenn eine prozeßrechtliche Willenserklärung nach Belieben vorgenommen, zurückgenommen und die Zurücknahme wieder zurückgenommen werde. Danach verbietet sich grundsätzlich die Anwendung privatrechtlicher Vorschriften auf rein prozessuale Rechtsgeschäfte, was nicht ausschließt, daß bei einem offenbaren Widerspruch zwischen dem Inhalt der Erklärung der Zurücknahme und dem Willen des Erklärenden eine Anfechtung nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen möglich ist (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 81 S. 179, Gaupp-Stein a. a. O. S. 364). Der erkennende Senat war geneigt, sich dieser Auffassung anzuschließen und den Widerruf der an sich zweifelsfreien Erklärung des Klägers schon deshalb für unzulässig zu erklären, weil es nicht zu dulden wäre, wenn eine Partei, die volle Einsicht in die Prozeßlage hat oder in der Lage ist, sich diese Einsicht zu verschaffen, und in freier Willensentschließung über ein Rechtsmittel verfügt hat, mit der Rechtsordnung gewissermaßen ihr Spiel treiben könnte. Es kann auch nicht zugegeben werden, daß die Verhältnisse im Zivilprozeß wesentlich anders liegen, und auf dem Gebiet der Sozialversicherung eine mildere Handhabung geboten sei. Nicht der Umstand kann ausschlaggebend sein, daß im Zivilprozeß die Zurücknahme des Rechtsmittels erst mit der Zustellung an den Gegner wirksam und dadurch zur bindenden Willenserklärung wird, vielmehr muß gerade in einem Verfahren, das von Amts wegen durchzuführen ist, wie das Spruchverfahren der Militärversorgung, im öffentlichen Interesse verlangt werden, daß sich die Parteien bei der Vornahme von Handlungen, die über den Fortgang des Verfahrens entscheiden, ihrer Verantwortlichkeit bewußt bleiben (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 81 S. 178, Gaupp-Stein a. a. O.).

Der Senat hatte indes keinen Anlaß, zu der erörterten Rechtsfrage grundsätzlich Stellung zu nehmen. Denn mag man auch die Anwendung der §§ 119 ff. BGB. auf den Widerruf der Zurücknahme eines Rechtsmittels für zulässig halten, so ist jedenfalls vorliegend eine Anfechtung ausgeschlossen. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob die Behauptung des Klägers zutrifft, er sei bei der Zurücknahme von einer irrtümlichen Beurteilung der Prozeßlage ausgegangen. Das Schreiben des Reichsversorgungsgerichts konnte ihn kaum in einen solchen Irrtum versetzen, da darin nur von dem Schriftsatz vom 17. Mai 1920 die Rede ist. Unter allen Umständen setzt aber die Anwendung des § 119 BGB. einen Irrtum über den Inhalt der Erklärung, d. h. über ihre rechtliche Tragweite voraus. In einem solchen Irrtum hat sich der Kläger nicht befunden. Er war sich darüber klar, daß er den Pozeß durch die Zurücknahme des Rekurses beenden wolle und werde. Wenn er sich zur Zurücknahme durch die Annahme hat bestimmen lassen, das Rechtsmittel sei wegen Verspätung aussichtslos, so liegt kein Irrtum im Sinne des § 119 Abs. 1 a. a. O., sondern ein Irrtum im Beweggrund vor, der nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen für die Rechtswirksamkeit der Willens-

erklärung ohne Bedeutung ist (zu vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 457, Rekursentsch. 2876). Das angefochtene Urteil hat somit auch dem Kläger gegenüber Rechtskraft erlangt, sein Widerruf der Zurücknahme des Rekurses war für unzulässig zu erklären.

B. Zur Krankenversicherung.

Zur Versetzung der Weiterversicherten in eine höhere Stufe (§ 313a RVO.).

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 17. Februar 1922 (II A I 616).

Mit Bezug auf die über die Auslegung der Vorschrift des § 313a RVO. entstandenen Zweifel (zu vgl. hier, Heft 7 S. 108) hat der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen eine Äußerung des Reichsarbeitsministers nachgesucht und folgenden Bescheid erhalten:

Die Annahme, daß die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe eine Schranke im § 313 Abs. 1 findet und der Weiterversicherte über diejenige Klasse oder Stufe, der er beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte, hinaus in keinem Fall versetzt werden dürfte, trifft nicht zu. Sowohl die Reichsregierung wie der Reichstag waren bei den Verhandlungen über das Gesetz über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 übereinstimmend der Auffassung, daß § 313a RVO. eine Ausnahme von der Regelleistung des § 313 daselbst bilde, nicht aber in ihm eine Schranke finden soll. In der Begründung heißt es dieserhalb: „Die starke Geldentwertung bringt es mit sich, daß auch diejenigen Personen, welche in ihrer bisherigen Klasse oder Stufe mit deren nach dem alten Geldwert bestimmten Abgrenzung verblieben sind, und mehr noch diejenigen, welche in eine niedere Klasse oder Stufe übergetreten sind, jetzt Beiträge leisten, die zu den tatsächlichen Kosten der Kasse nicht annähernd mehr im richtigen Verhältnis stehen. Sie erhalten damit eine besonders billige Krankenpflege auf Kosten der übrigen Versicherten, namentlich der Pflichtversicherten. Es erscheint deshalb nur billig, wenn den Kassenvorständen das Recht eingeräumt wird, die Heraufsetzung dieser Mitglieder in eine höhere Klasse oder Stufe zu verlangen, in der die eigenen Kosten der Kasse gedeckt werden.

Dem Wunsche um Übersendung der Begründung zu dem vorgenannten Gesetzentwurfe kann ich zu meinem Bedauern nicht entsprechen, da hier Überexemplare nicht vorhanden sind.

Anmerkung: Wir meinen, daß nach diesem Hinweis auf die Begründung die Praxis wohl der vom Minister vertretenen Auffassung wird folgen müssen. Es wird jetzt namentlich klargestellt — was nach der Fassung der Vorschrift und ihrem Zusammenhange keineswegs klar war —, daß der zweite Satz des Abs. 1 des § 313a RVO. zwar besonders auf diejenigen, die in eine niedere Klasse oder Stufe übergetreten waren, aber doch nicht *nur* auf diese abgestellt ist.

Von Interesse in anderer Hinsicht ist der Schlußsatz des Bescheides. Dem begreiflichen Wunsche des Verbandes, einen Abdruck der für die Auslegung und Anwendung des Gesetzes so wichtigen Begründung des Entwurfes zu erhalten, konnte nicht stattgegeben werden, weil „Überexemplare" nicht vorhanden seien. Man denke: das begegnet dem größten deutschen Kassenverbande, der doch das dringendste Interesse daran hat, sich möglichst sofort über Grund und Zweck der die Kassen angehenden Gesetzentwürfe zu unterrichten, um die Interessen der Kassen rechtzeitig wahrnehmen zu können! Für den Verband, so sollte man meinen, müßten nicht „Überexemplare", sondern Bedarfsexemplare vorhanden sein; und das gleiche müßte selbstverständlich auch für die anderen Hauptverbände und nicht minder für die Schriftleitungen ernster Fachzeitschriften gelten, auch solcher, die sich gelegentlich vermessen, Kritik an der Gesetzgebung und an ihren Vorarbeiten zu üben. Allen diesen ernsthaften und für die sachgemäße Gestaltung und richtige Handhabung des Reichsversicherungsrechts so wichtigen Stellen müßten die einschlägigen Entwürfe und sonstigen Gesetzesmaterialien — allenfalls gegen Kostenersatz — in bereitwilligster Weise zugänglich gemacht werden. Dann würden manche Irrungen, wie diejenige, die den vorstehenden Bescheid veranlaßt hat, und manche viel schlimmeren Fehler der Gesetze vermieden werden. Das wäre weise Sparsamkeit!

Wohlerworbene Rechte eines Kassenbeamten im Sinne des § 3 des Sperrgesetzes?

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 22. Februar 1922 („Volksw." S. 155).

Soweit die Beschwerde sich auf die Verfügung des Oberversicherungsamts, betreffend die Besoldung des Bürovorstehers und stellvertretenden Geschäftsführers der Kasse, bezieht, kann ihr keine Folge gegeben werden.

Ein wohlerworbenes Recht des Genannten auf die Bezüge der Gruppe 10 der Reichsbesoldungsordnung besteht nicht. Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird das Recht eines Kassenangestellten auf bestimmte Dienstbezüge mit dem Abschluß eines Vertrages gemäß einer vom Oberversicherungsamt genehmigten Dienstordnung begründet. Zu dem hier in Frage stehenden Nachtrag zur Dienstordnung hat der Kassenausschuß am 27. Dezember 1920 die Zustimmung und das Oberversicherungsamt am 11. Februar 1921 die Genehmigung erteilt. Der Bürovorsteher hat also ein Recht auf die Bezüge der Gruppe 10 erst am 11. Januar

1921 und somit nach der Verkündung des Sperrgesetzes erworben. (Vgl. Erlaß vom 13. Januar 1921 [BMBl. S. 63] unter 2 c und Kühnemann-Sölch, Besoldungssperrgesetz, Anm. 9 Abs. 4 zu § 3.) Die Genehmigung des Nachtrages zur Dienstordnung erfolgte unabhängig von den Vorschriften des Sperrgesetzes; auch der Kassenausschuß hat am 27. Dezember 1920 die Besoldung nicht nach Vorschrift des § 3 Abs. 1 des Sperrgesetzes neu regeln wollen. Die in dem Nachtrag enthaltene Gehaltsregelung bedurfte anderseits zu ihrem Inkrafttreten gemäß § 9 Abs. 1 des Sperrgesetzes meiner Genehmigung; erst durch meinen dem Oberversicherungsamt am 11. Januar noch nicht bekannten Erlaß vom 13. Januar 1921 ist das Oberversicherungsamt ermächtigt worden, solche Genehmigungen an Stelle der obersten Landesbehörde zu erteilen. Nach § 9 Abs. 2 a. a. O. war ferner das Oberversicherungsamt befugt, die von ihm am 11. Januar 1921 genehmigten Besoldungsvorschriften mit rückwirkender Kraft zu ändern. Die Ausführungen in dem mir vorgelegten Gutachten für die „Arbeiterversorgung" — RW 6714/2886 — über das Bestehen wohlerworbener Rechte sind insoweit auf den vorliegenden Sachverhalt nicht anwendbar.

Sollte der Bürovorsteher gleichwohl der Ansicht sein, daß ihm ein wohlerworbenes Recht auf höhere Bezüge zusteht, so wäre der Streitfall in dem in § 358 RVO. vorgesehenen Verfahren zu entscheiden.

Erstattungsansprüche an Danziger Krankenkassen.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 3. Februar 1922.

Der Senat der Freien Stadt Danzig hat sich auf meine Anregung bereits früher grundsätzlich damit einverstanden erklärt, daß einstweilen die RVO. auch für Ersatzansprüche der Krankenkassen des Deutschen Reiches gegen solche der Freien Stadt Danzig und umgekehrt als weiter geltend anerkannt wird, und zwar auch dann, wenn die Forderung nach dem 10. 1. 20 entstanden ist. Wenn sich gleichwohl einzelne deutsche Kassen und Krankenkassen im Danziger Gebiet auf den Standpunkt stellen, daß sie Erstattungen nach dem Auslande nicht zu leisten haben, so ist dagegen vom Rechtsstandpunkte zur Zeit nichts zu erinnern. Es ist in Aussicht genommen, die fraglichen Ersatzansprüche in dem zwischen dem Deutschen Reiche und der Freien Stadt Danzig auf Grund des Artikels 312 des Vertrages von Versailles zu schließenden Abkommen zu regeln. Der Abschluß dieses Abkommens ist im Laufe der nächsten Monate zu erwarten. Es dürfte sich empfehlen, den Erstattungsanspruch zurückzustellen, bis die Angelegenheit zwischenstaatlich geregelt worden ist.

C. Zur Militärversorgung.

Ansteckung an Grippe bei Überwachung erkrankter Kriegsgefangener als Dienstbeschädigung anerkannt.

Urteil des **Reichsversorgungsgerichts** v. 13. August 1921 (Entsch. 2 S. 80).

Das Reichsversorgungsgericht hat das angefochtene Urteil nicht aufrechterhalten können, da es auf Grund des Ergebnisses der von ihm veranlaßten Erhebungen die Überzeugung gewonnen hat, daß sich der Verstorbene bei der Überwachung der an Grippe erkrankten russischen Kriegsgefangenen angesteckt hat und infolge hiervon gestorben ist. Zwar muß die Behauptung der Witwe, es sei bei den von ihrem Manne bewachten Kriegsgefangenen eine schwere Grippeepidemie ausgebrochen, und die Erkrankten seien ohne jede Pflege ihrem Schicksal überlassen worden, als durchaus unzutreffend zurückgewiesen werden. Denn aus den Auskünften der Domänenverwaltung und den Aussagen des Oberlandjägers F. sowie des früheren Kriegsgefangenen M. geht hervor, daß es sich nur um wenige, leichte Grippefälle gehandelt hat, und daß die Erkrankten unter der dauernden Aufsicht des Arztes, des Oberlandjägers F. und des Verstorbenen gestanden und beste Pflege gehabt haben. Die Fälle waren so leicht, daß der Arzt eine Absonderung der Kranken nicht für nötig hielt, ein Todesfall ist bei den Gefangenen nicht vorgekommen. Doch kommt es hierauf bei der Beurteilung des Falles nicht weiter an. Entscheidend ist vielmehr, ob die Erkrankung des Verstorbenen an Grippe eine Folge seiner dienstlichen Tätigkeit gewesen ist (zu vgl. § 3 des MVG.). In dieser Hinsicht haben die Erhebungen des Reichsversorgungsgerichts ergeben, daß der Verstorbene täglich den Raum, in welchem sich die Erkrankten aufhielten, als Kommandoführer betreten mußte, um seiner Aufsichts- und Überwachungspflicht zu genügen. Er ist somit im Dienst einer erhöhten Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen, was auch nach dem auf allgemeinen ärztlichen Erfahrungen beruhenden Erlaß des früheren preußischen Kriegsministeriums vom 17. September 1918 die Annahme einer Dienstbeschädigung rechtfertigt. Wenn auch auf dem Gut und in dem Dorfe Grippefälle vorgekommen sind, so ist doch unter den vorliegenden besonderen Umständen als erwiesen anzusehen, daß der Verstorbene sich den Keim zu seiner tödlichen Erkrankung bei der Überwachung der grippekranken Russen geholt hat und ein Opfer seiner Pflichterfüllung geworden ist. Sein Tod ist demnach auf eine in der Heimat erlittene Dienstbeschädigung zurückzuführen; seinen Hinterbliebenen steht daher die allgemeine Versorgung zu.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Kriegsverwundung und Tod infolge von Grippe im Lazarett.

Urteil des **Reichsversorgungsgerichts** vom 23. September 1921 (Entsch. 2 S. 86).

Daß der Ehemann der Klägerin am 28. Oktober 1918 im Reservelazarett in A. an Grippe mit Lungenentzündung verstorben ist, ist unbestritten. Der Witwe ist, da Tod infolge Dienstbeschädigung angenommen wurde, die allgemeine Witwenversorgung zugesprochen. Dies ist in dem Vorderurteil damit begründet, daß der Verstorbene durch seinen Lazarettaufenthalt, da dort eine Anzahl von Insassen an Grippe erkrankt war, der Gefahr der Ansteckung in erhöhtem Maße ausgesetzt war. Stellt man sich aber auf diesen, vom Rekursgericht gebilligten Standpunkt, so muß die Frage, ob der Klägerin auch die Kriegswitwenversorgung zusteht, bejaht werden. Nach § 19 des MHG. erhält die Witwe einer zum Feldheere gehörigen Militärperson, wenn der Tod mit einer Kriegsverwundung oder einer sonstigen Kriegsdienstbeschädigung ursächlich zusammenhängt, Kriegswitwengeld. Dieser Zusammenhang ist hier gegeben. Der Verstorbene war im Juni 1918 im Felde durch eine Schrappnellkugel am rechten Knie verwundet. Er kam zunächst in ein Feldlazarett und dann in ein Heimatlazarett in M. Von hier wurde er zur weiteren Behandlung in das Reservelazarett nach A. überführt. Daß bereits so weit Heilung eingetreten war, daß er nur noch medikomechanisch behandelt zu werden brauchte, ist unerheblich. Entscheidend ist vielmehr, daß er zur Behandlung der Folgen der Kriegsverwundung dem Lazarett in A. dienstlich überwiesen wurde. In diesem Lazarett war er aber, wie der Vorderrichter auf Grund des Gutachtens des behandelnden Arztes festgestellt hat, der Ansteckung an Grippe in erhöhtem Maße deshalb ausgesetzt, weil er auf einer Abteilung untergebracht worden war, in der mehrere Grippekranke lagen. Es besteht ein sehr hoher Grad von Wahrscheinlichkeit dafür, daß er von diesen bereits an Grippe erkrankten Kameraden auch tatsächlich angesteckt und infolge dieser Ansteckung gestorben ist. Diese Feststellung schließt die Kette des Zusammenhanges seines Todes mit der Verwundung, gleichgültig ob sein Körper durch die Verwundung irgendwie noch geschwächt und für die Ansteckung deshalb besonders empfänglich, oder ob dies nicht der Fall war. Denn die Verwundung führte ihn in das Lazarett in A. und in die dort herrschende erhöhte Ansteckungsgefahr.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Abschlag auf die Preise der Arzneitaxe für Krankenkassen.

Der preußische Minister für Volkswohlfahrt hat folgende Bekanntmachung vom 14. Februar 1922 erlassen (Pharm. Ztg. Nr. 15 S. 156):

„Auf Grund des § 80 Abs. 1 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich und des § 376 der RVO. wird bestimmt: Nr. 4 der Bekanntmachung vom 23. 12. 21 über die Deutsche Arzneitaxe 1922 erhält als Absatz 2 folgenden Zusatz: Die Gewährung des Abschlages ist davon abhängig, daß die Rechnung innerhalb 4 Wochen nach ihrem Eingange bei der Kassenstelle wenigstens zu $^4/_5$ beglichen wird, und daß der Rest alsbald nach der Prüfung der Rechnung, spätestens aber nach weiteren 4 Wochen bezahlt wird."

Hierzu bemerkt die „Betriebskrankenkasse" (Nr. 5 S. 51): Diese Bekanntmachung entbehrt der rechtlichen Grundlage. § 80 Abs. 1 der Gewerbeordnung ermächtigt die Zentralbehörden nur, Taxen für die Apotheker festzusetzen. Nach § 376 RVO. müssen die Apotheken den Krankenkassen für die Arzneien einen Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe gewähren. Die oberste Verwaltungsbehörde kann den Abschlag für die einzelnen Apotheken davon abhängig machen, daß die Kasse aus ihnen mindestens zu einem bestimmten Betrage bezieht. § 376 RVO. gibt der obersten Verwaltungsbehörde aber keinerlei Ermächtigung, wie sie die obige Bekanntmachung voraussetzt. Die Bekanntmachung hat daher keinerlei rechtliche Wirkung und die Kassen brauchen sich nicht darum zu kümmern, wie auch aus Apothekerkreisen festgestellt wird (Pharm. Ztg. Nr. 15 S. 154). Trotzdem möchten wir empfehlen, gemäß der Bekanntmachung zu handeln, denn, wie die Verhältnisse liegen, können die Apotheker verlangen, daß sie die ihnen zustehenden Beträge möglichst bald erhalten. Im übrigen haben die Betriebskrankenkassen, wie uns aus Apothekerkreisen bestätigt worden ist, in dieser Beziehung keinen Anlaß zur Klage gegeben. Manche Ortskrankenkassen sollen jedoch mit der Bezahlung von Rechnungen zögern.

Zur Frage der Versicherungspflicht der sog. „Hebevertreter" einer Versicherungsgesellschaft.

Mit Bezug auf die im Heft 8 S. 117 ff. mitgeteilten und auf die daselbst S. 119 in der Anmerkung erwähnten, im gleichen Sinne ergangenen Entscheidungen, teilt uns die Allgemeine Ortskrankenkasse Braunschweig mit, daß das Versicherungsamt der Stadt Braunschweig im entgegengesetzten Sinn entschieden hat. Auf Beschwerde der Versicherungsgesellschaft hat das Oberversicherungsamt Braunschweig durch Beschluß v. 16. 9. 21 die Sache gemäß § 1799 (§ 1693) RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich dabei gutachtlich dahin geäußert, daß die Entscheidung des Versicherungsamtes für zutreffend erachtet wird. Aus der uns vorliegenden eingehenden Begründung dieses Gutachtens ersehen wir, daß auch bei den Oberversicherungsämtern Frankfurt a. O. und Magdeburg gleiche Streitverfahren schweben.

Die Kasse, der wir für diesen Hinweis zu Dank verbunden sind, bemerkt: der „Artikelschreiber", in welchem die beteiligte Gesellschaft deutlich zu erkennen sei, habe die Tatsache der Abgabe jener Sache an das

RVA. vollständig übergangen; er führe überhaupt nur günstige Urteile an und versuche so, in das schwebende Verfahren parteiisch einzugreifen. Hierzu ist zu sagen, daß ein „Artikel“ im Sinne einer eigenen Darstellung oder Ausführung gar nicht vorliegt, sondern lediglich ein Abdruck einiger uns zugegangener Entscheidungen mit einer Anmerkung der Schriftleitung über eine in abweichendem Sinne ergangene ältere Entscheidung und gleichzeitiger Erwähnung anderer Entscheidungen. Es hätte daher auch nicht von einem „Artikelschreiber“ geredet werden sollen. Was uns betrifft, so werden wir selbstverständlich auch etwaige abweichende Entscheidungen anderer Oberversicherungsämter, sobald sie uns zugehen, unseren Lesern nicht vorenthalten. Einstweilen liegt uns keine solche Entscheidung vor. Der Abgabebeschluß des Oberversicherungsamts Braunschweig stellt nicht, wie die Kasse meint, ein „Urteil“, sondern eine für das Reichsversicherungsamt bestimmte gutachtliche Äußerung dar, die wir abzudrucken Bedenken tragen. Die zu erwartende grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts werden wir, sobald sie uns vorliegt, veröffentlichen.

Gewerbeärzte und Gewerbeaufsichtsbeamte.

Im Heft 7 S. 110 ist über die Anstellung von Gewerbeärzten in Preußen berichtet. Über das Verhältnis dieser beamteten Ärzte zu den Gewerbeaufsichtsbeamten enthält ein Aufsatz von Regierungsrat Dr. Alfred Beyer im Amtsblatt des preuß. Ministeriums für Volkswohlfahrt Ausführungen zur Klarstellung und zur Ausschließung möglicher Mißverständnisse. Wir teilen daraus folgendes mit:

„Während der bisherige Gewerbeaufsichtsbeamte vornehmlich einen generellen Gesundheitsschutz gegen mechanische und chemische Einwirkungen durchzuführen suchte, soll es die Aufgabe des Gewerbearztes sein, einen individuell und biologisch wirkenden Ausbau der gewerblichen Gesundheitspflege vorzunehmen und zu organisieren. Während dem technischen Gewerbeaufsichtsbeamten vornehmlich die Einrichtungen, Maschinen, Apparaturen und chemischen Prozesse das naturgemäß zu beachtende Betriebsmaterial waren, das er hygienisch zu gestalten, abzuändern, zu ergänzen oder zu ersetzen strebte, soll der Gewerbearzt den Arbeiter zum Objekt seiner Maßnahmen und Urteile machen.

Soweit das möglich war, hat der Gewerbeaufsichtsbeamte Staub- und Gasabsaugevorrichtungen angeordnet; wo dies nicht durchführbar ist, soll der Gewerbearzt eingreifen, um etwa den schädigenden Wirkungen einen Arbeitsorganismus entgegenzustellen, der über einen spezifisch entwickelten, natürlich, biologisch wirkenden Schutz verfügt. Er soll die Arbeiter individuell der Arbeit anpassen, soll für zweckentsprechenden Arbeitswechsel, für einen möglichst geringen Arbeiterwechsel in allen den Betätigungen sorgen, die im Laufe der Zeit nach anfänglichen Gesundheitsstörungen eine natürliche Anpassung, wirksame Stoffwechselqualitäten entwickeln, oder die zu chronischen Erkrankungen führen, bei denen erfahrungsgemäß eine Gefährdung des Lebens nicht eintritt, damit die Zahl der Erkrankten absolut gering bleibt. Arbeiter, die durch stark geräuschvolle Arbeiten ertaubt sind, sollen möglichst nicht durch gesunde Kräfte ersetzt werden, solange sie selbst in dem Betriebe bleiben und arbeitsfähig sind. In Konfitürenfabriken und sonstigen Betrieben, in denen Zucker- oder Mehlstaub entsteht, wird man dafür sorgen, daß alle die Arbeiten, die zu einem Verlust der Zähne geführt haben, möglichst von denen weiter verrichtet werden, bei denen die Zerstörungen bereits die gefährdeten Schneidezähne vernichtet haben.

Nur der Arzt ist imstande, den Organismus des Arbeiters individuell zu beurteilen und ihm die körperlich und seelisch beste Arbeit zuzuweisen. Nur der Arzt kann feststellen, welche biologischen Veränderungen eine jahrelange Beschäftigung an den einzelnen Organen hervorruft; nur er kann die Mittel und Methoden angeben, die zu einer organischen und funktionellen Wiederherstellung führen können. Während den Gewerbeaufsichtsbeamten nur die volkstümlich als schädlich erkannten oder gar fälschlich für schädlich gehaltenen Einwirkungen zu technischen Maßnahmen veranlassen, um sie zu beseitigen, und während bestenfalls eine Häufung besonderer, auch dem Laien auffallender Erkrankungen den Verdacht auf spezifisch gewerbliche Schädigungen lenkt, ist der Arzt imstande, durch diagnostische Verfahren das Bestehen solcher Gefahren nachzuweisen oder ihre Behauptung zu entkräften. Solange der Arzt lediglich außerhalb des Betriebes die Kranken behandeln konnte, war bei der Verteilung der Kranken auf viele Ärzte sowohl eine tatsächliche Häufung ähnlicher und ätiologisch gleicher Erkrankungen erst bedauerlich spät nachzuweisen, wie auch eine wirkliche Kasuistik und die Möglichkeit einer Einwirkung auf die Fabrikleitung praktisch kaum möglich. Im Mittelpunkt des gewerbeärztlichen Interesses soll der Arbeiter stehen, wie das Arbeitsgebiet des Gewerbeaufsichtsbeamten naturgemäß vorwiegend durch die leblosen Betriebsmittel gegeben ist. Es besteht also weder eine gegenseitige Beschränkung noch überhaupt die Möglichkeit des Entstehens von Konkurrenzgefühlen, wenn jede der beiden Beamtenkategorien sich ihrem natürlichen Betätigungsgebiet zuwendet.

Keineswegs soll damit gesagt werden, daß etwa die Gewerbeaufsichtsbeamten und Gewerbeärzte nebeneinander arbeiten sollen. Die Gewerbehygiene umfaßt als Begriff ohne weiteres alles, was als Krankheitsverhütung und Erhaltung der biologischen Unversehrtheit der gewerblich tätigen Menschen aufzufassen ist. Eine Trennung nach jedweden Gesichtspunkten ist ein Kunstprodukt und muß den Erfolg der Gewerbehygiene beeinträchtigen. Der technisch vorgebildete Gewerbeaufsichtsbeamte und der Gewerbearzt sollen sich daher natürlich ergänzen. Erkennung wie Beseitigung der Gesundheitsgefahren verlangt ein verständnisvolles Zusammenarbeiten, da jede der beiden Beamtengruppen notwendig einseitig sein muß, wie auch die Erfahrungen jener Länder lehren, in denen bezirksweise hier ein Techniker, dort ein Arzt als Gewerbeaufsichtsbeamter tätig ist. Aus diesem Grunde schien mir eine koordinierte Zusammenarbeit beider Beamten in einem Bezirk die erwünschte Lösung zu sein.

Es wäre fraglos wünschenswert, wenn für jeden technischen Gewerbeaufsichtsbezirk gleichzeitig ein Arzt vorhanden wäre. Abgesehen davon, daß das verarmte Preußen diese Forderung in absehbarer Zeit finanziell nicht erfüllen kann, glaube ich auch, daß es im unmittelbaren Interesse der Gewerbehygiene selbst liegt, wenn nur wenige Ärzte tätig sind, weil sie nur so den unbedingt erforderlichen Überblick über das ganze Arbeitsgebiet gewinnen können, weil nur so bisher unbekannte gewerbliche Erkrankungen als solche festgestellt werden können, und weil endlich nur dadurch vermieden werden kann, daß der Gewerbearzt sich auf Kleinarbeit in den Betrieben einstellt, die notwendig dazu führen müßte, daß der Gewerbeaufsichtsbeamte sich in seinem Pflichtenkreis beschränkt und eventuell so-

gar durch den Gewerbearzt kontrolliert und korrigiert sowie vor dem Unternehmer bloßgestellt fühlt. Alle diese Gefahren sind bei der Anstellung von nur fünf Gewerbeärzten für ganz Preußen vermieden, so daß persönliche Konflikte oder generelle Mißstimmung einer der beiden Beamtengruppen nicht durch das System als solches, sondern durch eine Verkennung der tatsächlichen Lage bedingt wären.

Die Anstellung der Gewerbeärzte stellt sachlich einen bedeutungsvollen Fortschritt in der Entwicklung der gewerblichen Gesundheitspflege dar. An der Person der ersten preußischen Gewerbeärzte wird es liegen, das Gebiet auszubauen und zu fördern, durch Anregung ihrer Mitarbeiter, durch Einwirkung auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer, damit in den von der überwiegenden Mehrheit unseres ganzen Volkes ausgeübten Berufen das Wohlbefinden und die Zufriedenheit durch die Arbeit selbst gefördert werde. Der Arzt soll den Arbeiter als Individuum werten, denn der zermürbendste Beruf ist der verfehlte, und ein Wesentliches der bestehenden Unzufriedenheit ist auf Berufsneurosen zurückzuführen, d. h. auf seelische Erkrankungen, die als Folgen individuell unerträglicher Arbeiten anzusehen sind. Diese Unzufriedenheit als physiologisch bedingte Eigenschaft aber wird auf die Umwelt übertragen, und sie wirkt verhängnisvoll suggestiv, weil sie inneren biologischen Disharmonien entspringt und daher als Überzeugung überzeugend wirkt. Es muß erreichbar sein, auch den gewerblichen Arbeiter zur Freude an seiner Arbeit, zum Genuß an seinem Erfolge zu führen, wie ihn jeder empfindet, der seiner natürlichen Berufung entsprechend beschäftigt ist. Eine verständnisvolle Zusammenarbeit von Gewerbeaufsichtsbeamten und Gewerbeärzten kann uns selbst diesem schönen Zukunftsziele näherbringen."

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Waisenrente für Doppelwaisen.

1. **Nach Halberstadt.** Antwort: Wenn eine Doppelwaise Anspruch auf Waisenrente sowohl auf Grund der Invalidenversicherung des verstorbenen Vaters als auch auf Grund der Versicherung der verstorbenen Mutter hat, so liegt hier ein Fall des Zusammentreffens der Voraussetzungen für mehrere Renten im Sinne des § 1318 RVO. vor. Es wird also nur die höhere Rente gezahlt, während die niedrigere vom Tage des Zusammentreffens ab ruht. Vgl. die grundsätzliche Entsch. des RVA. in Amtl. Nachr. 1913 S. 818 Nr. 1778.

Porto für Mitteilungen eines Knappschaftsvereins an dessen Mitglieder.

2. **Nach Fr.** Antwort: Die in Frage stehende Bestimmung der Satzung ist in dem Schreiben der Gewerkschaft nur unvollständig wiedergegeben. Es wird nur mitgeteilt, worin die Verpflichtung besteht, nicht aber, wem sie obliegt. Wir nehmen an, daß etwa ergänzt werden muß: „Der Werksbesitzer ist verpflichtet .... die für die Mitglieder usw." Danach sind alle für die Mitglieder bestimmten Aufforderungen an sie auszuhändigen. Dies kann freilich, soweit die Mitglieder auf dem Werke zu erreichen sind, dort durch persönliche Übergabe geschehen. Auf diese Weise kann aber die Aushändigung natürlich nicht an diejenigen stattfinden, die infolge Krankheit sich nicht auf dem Werke einfinden. Ihnen müßten die Aufforderungen allerdings zugesandt werden, und zwar auf Kosten dessen, dem die Verpflichtung obliegt, also auf Kosten des Werkbesitzers, der Gewerkschaft. Er hätte das Porto zu tragen.

Eine andere Frage freilich ist, ob die Satzung des Knappschaftsvereins dem Werksbesitzer überhaupt eine solche Verpflichtung auferlegen kann. Wir verneinen es. Die Aushändigung von Kundgebungen der Kassen des Vereins an seine Mitglieder gehört zur Geschäftsführung, und deren Kosten sind aus den Mitteln des Vereins zu bestreiten. Diese wiederum werden durch die Beiträge der Mitglieder und des Werksbesitzers aufgebracht (§ 36, preuß. Knappschaftsgesetz, Preuß. Ges.-S. 1912 S. 153). Ausnahmsweise müssen für besondere Kassen (§ 5 a. a. O.) von den Werksbesitzern Vorschüsse (§ 38) oder sogar auch Zuschüsse (§ 39) geleistet werden; die Voraussetzungen hierfür sind aber offenbar nicht erfüllt. Hierüber hinaus können den Werksbesitzern nicht Verpflichtungen auferlegt werden, da es im preußischen Knappschaftsgesetz an einer Vorschrift fehlt, die eine solche Belastung der Werksbesitzer zuließe.

Kann der Unterzeichner eines Wahlvorschlages seine Unterschrift zurückziehen?

3. **Nach Bergheim.** Antwort: In § 9 Abs. 1 Satz 3 Ihrer Wahlordnung ist gesagt, daß bis zu zwei Wochen vor dem Wahltag ein Wahlvorschlag zurückgenommen werden kann. Über die Zurückziehung einzelner Unterschriften auf einem Wahlvorschlage ist nichts gesagt. Daraus ist zu entnehmen, daß sie unzulässig sein soll. Denn sollte sich ihre Zulässigkeit von selbst verstehen, so ist nicht ersichtlich, aus welchem Grunde ausdrücklich bestimmt worden ist, daß die Rücknahme eines Vorschlages gestattet ist. Mangels einer näheren Vorschrift wird man annehmen müssen, daß die Rücknahme nur durch gemeinsame Erklärung derjenigen erfolgen kann, die den Vorschlag unterzeichnet haben. Privatrechtliche Grundsätze über die Widerruflichkeit einseitiger Willenserklärungen (zu vgl. § 130 BGB.) erscheinen für das öffentlich-rechtliche Verhältnis, das hier in Frage steht, überhaupt nicht anwendbar. Überdies kann von einer „einseitigen" Willenserklärung im Verhältnis der mehreren Unterzeichner des Wahlvorschlages nicht die Rede sein. Durch die gemeinsame Unterzeichnung haben sie sich miteinander so verbunden, daß jeder von ihnen den anderen gegenüber gebunden bleibt. Sie haben ein gemeinsames

Interesse daran, daß keine Unterschrift hinfällig wird; denn die Gültigkeit eines Wahlvorschlages hat eine bestimmte Anzahl von Unterschriften zur Voraussetzung. Wollte man die einseitige Rücknahme von Unterschriften zulassen, so würde hierdurch unlauteren Wahlmanövern Tor und Tür geöffnet. Es könnte ein Vorschlag dadurch zu Fall gebracht werden, daß Unterschriften so kurz vor dem Wahltermin zurückgezogen werden, daß die Einreichung eines anderen Wahlvorschlages nicht mehr möglich ist. Aus diesen Gründen ist der Entscheidung des Vorstandes beizupflichten.

Zur Versicherungsberechtigung von Familienangehörigen (§ 176 RVO.).

4. **Nach Lüchow.** Antwort: Ein Widerspruch zwischen den Auskünften im Jahrg. 1918 S. 380 Ziff. 12a und Jahrg. 1920 S. 277 Ziff. 2a liegt nicht vor. Im ersten Falle ist die Versicherungsberechtigung der Frau nach § 176 RVO. verneint worden, weil sie nicht zu den „Beschäftigten der im § 165 Abs. 1 RVO. bezeichneten Art" gehörte und weil ihre Beschäftigung im Haushalt des Ehemannes oder im eigenen Garten auch keine Tätigkeit „in seinem Betriebe" darstellte. Im zweiten Falle dagegen war die Versicherungsberechtigung anzuerkennen, weil die Frau im landwirtschaftlichen Betriebe ihres Mannes beschäftigt war. Das Nähere bitten wir a. a. O. nachzulesen. — Im vorliegenden Falle handelt es sich nach Ihrer Darstellung um die Frau eines Maurers, der sie fälschlich als versicherungspflichtige Haushälterin ihres Schwiegervaters, eines kleinen Landwirts, anmeldete. Worauf bei dieser Sachlage eine Versicherungsberechtigung der Frau gegründet werden könnte, ist nicht ersichtlich.

Meldepflicht der Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern.

5. **Nach Gießen.** Antwort: Allerdings bleibt der Arbeitgeber, auch wenn er gemäß § 11 Ges. v. 28. 6. 19 (ArbVers. 1919 S. 413) seine vollen Beitragsteile an die Ersatzkasse abzuführen hat, doch zur vorschriftsmäßigen An- und Abmeldung bei der Zwangskasse verpflichtet, wie das RVA. entschieden hat (vgl. ArbVers. 1921 S. 689). Daraus folgt aber nicht, daß bei Verletzung der Pflicht zur Abmeldung auch § 397 Abs. 1 RVO. anwendbar sei. Diese Vorschrift besagt, daß die Beiträge „fortzuzahlen" sind. Sie setzt also voraus, daß bisher eine Verpflichtung zur Zahlung an die Zwangskasse bestand, was nicht zutrifft, wenn der Arbeitgeber Beitragsteile bisher nur an die Ersatzkasse abzuführen hatte. Anderseits hat auch diese keinen Anspruch aus § 397 RVO., denn auf sie findet dieser keine Anwendung (vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1 zu § 397).

Familiensterbegeld, wenn die Leiche der Anatomie übergeben worden ist.

6. **Nach Breslau.** Frage: Für ein 2 Stunden nach der Geburt verstorbenes Kind eines Kassenmitgliedes ist das satzungsmäßige Sterbegeld gezahlt worden, obwohl der Vater des Kindes die Leiche alsbald nach dem Tode der Anatomie der Universitätsklinik überbrachte, eine Beerdigung also nicht stattgefunden hat. Beim Tode von Kassenmitgliedern selbst ist es nicht zweifelhaft, daß in solchen Fällen Anspruch auf das Sterbegeld besteht, weil es bei den vorliegenden Verhältnissen seinem ganzen Betrage nach als Überschuß anzusehen ist (ArbVers. 1902 S. 758). Es fragt sich, ob dieser Grundsatz auch für das Sterbegeld beim Tode von Familienangehörigen gelten soll (§ 205 RVO.). Unseres Erachtens bestehen keine Bedenken, diese Frage zu bejahen.

Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung im Ergebnis und bemerken nur, daß es ein Irrtum sein dürfte, wenn Sie annehmen, daß eine Beerdigung nicht stattgefunden hat. Die Leichenteile, die nicht etwa als Präparate aufbewahrt werden, werden regelmäßig der Erde übergeben. Nur werden für diese Art der Bestattung keine Kosten beansprucht, so daß der ganze Sterbegeldbetrag dem Versicherten verbleibt.

Änderung des Regulativs für Kassenbeamte in Preußen.

7. **Nach X.** Antwort Für die Kassenangestellten, die nach § 8 Ges. v. 28. 6. 19 (RGBl. S. 615, ArbVers. S. 412) in die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten wiedereingetreten sind, gilt auch wieder das für die Ordnung der dienstlichen Verhältnisse gemäß dem preuß. Min. Erl. v. 18. 2. 14 erlassene Regulativ. Die Ermächtigung des Oberversicherungsamts zum Erlasse des Regulativs schließt auch die Ermächtigung zur Abänderung ein. Aber für einen Beamten, der auf Grund des Regulativs bereits Anspruch auf näher bestimmte Bezüge erlangt hat, stellt dieser Anspruch sich als ein wohlerworbenes Recht dar, das ihm durch spätere Änderung nicht mehr verkümmert werden kann (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 165 Ziff. 3; auch Entsch. des Landgerichts Potsdam v. 15. 6. 17, Volkst. Ztschr. 1917 S. 177). Die in Aussicht genommene Änderung des Regulativs, wonach der Geschäftsführer der Kasse in eine niedere Besoldungsgruppe eingestuft werden soll, würde also nur von Bedeutung sein für solche Angestellte der Kasse, welche die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten haben und nach der Änderung des Regulativs in die Geschäftsführerstelle einrücken. Erachtet die Kasse eine solche Regelung für nicht sachgemäß, so kann sie sich im Wege der Dienstaufsichtsbeschwerde an den preuß. Minister für Volkswohlfahrt wenden.

Krankenhilfe für einen beim Wildern angeschossenen Versicherten.

8. **Nach O.** Antwort: Sie haben ganz recht, wenn Sie meinen, der gesunde Menschenverstand fordere, daß niemand „für eine verbrecherische Handlung" auch noch Krankenhilfe beanspruchen dürfe. Nur übersehen Sie, daß der Versicherte die Kassenleistungen nicht „für" die von ihm verübte Wilddieberei (gleichsam als Belohnung oder, wie Sie es ausdrücken, als Orden), sondern deshalb erhalten soll, weil er bei Ausübung der allerdings strafbaren Handlung von dem Jagdaufsichtsbeamten angeschossen worden ist. Dieser Tatbestand fällt nicht unter § 192 RVO. und rechtfertigt daher nicht die Versagung des Krankengeldes oder gar jeder Krankenhilfe überhaupt.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1350 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. April 1922 | Heft 12

Zur österreichischen Altersversicherung der selbständig Erwerbstätigen.

Von Dr. Zacher-Berlin.

In Anerkenntnis des Bedürfnisses nach einer Altersfürsorge auch für selbständig Erwerbstätige, soweit sie den unselbständig Erwerbenden wirtschaftlich nahestehen, hat das österreichische Bundesministerium für soziale Verwaltung im Januar d. J. zunächst „Leitsätze für eine Altersversicherung der selbständig Erwerbstätigen“ veröffentlicht. In den „Vorbemerkungen“ zu diesen Leitsätzen wird auf die Besonderheiten dieser Selbständigenversicherung und die dadurch bedingte Eigenart ihrer Lösung hingewiesen.

Grundsätzlich sei Selbständigen, entsprechend den erhöhten Anforderungen, die selbständige Geschäfts- und Wirtschaftsführung an die eigene Verantwortlichkeit stellen, von vornherein ein größeres Maß von Selbsthilfe zuzumuten, was bei den Fragen der Zuschußleistung aus Bundesmitteln und des Versicherungszwanges zu berücksichtigen sei.

Ferner würde eine ähnlich strenge Bindung der Leistung der Versicherungsbeiträge an bestimmte Termine, wie sie bei unselbständig Erwerbstätigen unschwer an die regelmäßigen Lohn- oder Gehaltszahlungen geknüpft werden könnten, bei Selbständigen nicht gut durchführbar sein, vielmehr hier nach Art der ausländischen Gesetzgebung (in Belgien und Frankreich) ein freies Beitragssystem, bei dem insbesondere Verluste wegen Terminversäumnis ausgeschlossen sind, vorzuziehen sein.

Endlich trete für die selbständig Erwerbstätigen, bei denen der wirtschaftliche Erfolg des Erwerbsunternehmens von der persönlichen Arbeitsfähigkeit des Unternehmers bei weitem nicht so unmittelbar abhängig sei als der Arbeitsvertrag beim Arbeiter, die Altersversorgung gegenüber der Invalidenfürsorge als die ungleich wichtigere und wertvollere Versorgungsart hervor, was aber eine Fürsorge für Invalidität keineswegs von vornherein ausschließe, vielmehr nur besondere Vorkehrungen erfordere.

Erscheine hiernach eine von der Invaliditäts- und Altersversicherung der Unselbständigen gesonderte Einrichtung der Selbständigenversicherung wohl unvermeidlich, so dürften doch die Zusammenhänge beider Versicherungen nicht übersehen werden. So zunächst der häufige Übergang aus der Gruppe der Unselbständigen in die der Selbständigen und umgekehrt, wobei die Frage nach etwaiger „Anrechnung“ der früheren Versicherung (als Unselbständiger) auf die spätere Versicherung (als Selbständiger) entstehe. Wenngleich durch die Teilnahme an der Unselbständigenversicherung ein der jeweiligen Anwartschaft entsprechender Anteil am Vermögen der Versicherungsanstalt nicht erworben werde, da ihr Versicherungs-

system die Bedeckung von Anwartschaften für Versicherte nicht vorsehe, sich vielmehr mit der Aufbringung der Deckung für die flüssig werdenden Renten begnüge, so biete sich doch die Möglichkeit einer Berücksichtigung der als Unselbständiger zurückgelegten Zeit einer Vorversicherung in dem Rentenzuschuß aus Bundesmitteln, der auch den Selbständigen zugute kommen, jedoch zwecks Anspornung eigener Betätigung nach Maßgabe der von ihnen selbst geleisteten Versicherungseinlagen bis zu einem Höchstbetrage ansteigen soll. Es liege nahe, für diese Steigerungen des Bundeszuschusses auch die vorher in der Invaliditäts- und Altersversicherung der Unselbständigen zugebrachte Beitragszeit wenigstens so weit zu berücksichtigen, daß der aus unselbständiger Erwerbstätigkeit zur Selbständigkeit Übergehende in der Altersversicherung bis zum Zeitpunkt des Anfalls der Altersrente den Höchstbetrag des Bundeszuschusses erwerben kann.

Einen weiteren, nicht unwichtigen Zusammenhang zwischen beiden Versicherungen biete die bei der Unselbständigenversicherung vorgesehene freiwillige Zusatzversicherung, bei der die einzelnen Einlagen voneinander technisch unabhängig, demnach nicht an bestimmte Termine gebunden seien und demgemäß ein einmal erworbener Teilanspruch durch unregelmäßige Leistung oder Unterlassung von weiteren Einlagen nicht verlorengehen könne, so daß ein solches versicherungstechnisches System in hohem Grade den Sonderbedürfnissen der Selbständigenversicherung entspreche und daher auch in dieser zur Anwendung kommen soll.

Alle diese Zusammenhänge dürften auf die Möglichkeit und Zweckmäßigkeit eines gewissen technischen oder organisatorischen Zusammenschlusses hindeuten. Die Gemeinsamkeit des Finanzsystems würde ohne weiteres eine Risikengemeinschaft zwischen der Abteilung für Mehrversicherungen der Unselbständigen und der Altersversicherung der Selbständigen und damit eine bessere Fundierung der Versicherung ermöglichen. Bei Zusammenschluß zu einer Verwaltungsgemeinschaft ließe sich ferner zweifellos die Verwaltung zweckmäßiger und sparsamer einrichten, vorausgesetzt, daß den Selbständigen der gebührende Einfluß auf die Verwaltung ihrer Versicherung dabei gewahrt werden kann.

Sehr wichtig sei endlich die Frage des Versicherungszwanges. Da bei den selbständig Berufstätigen die Verhältnisse nicht überall und nicht in allen Gruppen so gleich lägen, wie dies bei unselbständig Berufstätigen im allgemeinen angenommen werden könne, mithin ein allgemeines Versicherungsbedürfnis nicht zu bejahen sei, so liege es nahe, die Entscheidung über die Einführung des Versicherungszwanges der Landesgesetzgebung zu überlassen und sich im Bundesgesetz auf einige wichtigere Richtlinien zu beschränken.

Der wesentliche Inhalt der Leitsätze ist der folgende.

Der Versicherungsplan bezweckt eine Altersversicherung auf Kosten der Versicherten mit Bundeszuschuß durch eine nach Vollendung eines vorhinein gewählten Alters anzutretende Rente, eine Invalidenfürsorge bei vor dem Fälligkeitstermin der Altersrente eintretender Invalidität durch entsprechend gekürzte Altersrente und eine Hinterbliebenenfürsorge durch bestimmte einmalige Leistungen. Teilnehmer an der Selbständigenversicherung können nur Inhaber gewerblicher, land- und forstwirtschaftlicher Betriebe, allenfalls auch Angehörige freier Berufe werden, sofern sie vor vollendetem 60. Lebensjahre beitreten, doch kann durch Landesgesetzgebung für bestimmte Erwerbsgruppen Versicherungszwang vorgeschrieben werden (mit Pflichtbeitrag bis 800 K. jährlich). Als Träger der Versicherung wird eine besonders einzurichtende „Altersrentenkasse für die selbständig Erwerbstätigen“ in Aussicht genommen, mit Verhältniswahlverfahren für die Selbstverwaltungsorgane dieser Anstalt. Die technische Einrichtung der Versicherung geht dahin, daß jeder Teilnehmer Einlagen in beliebigen Zeitabschnitten und in beliebiger Höhe, jedoch einmalig nicht weniger als 50 K.,

leistet, und daß dem sozialen Charakter der Einrichtung entsprechend eine obere Grenze für die Jahreseinlagensumme bzw. für die zu versichernde Rente durch das Bundesgesetz bestimmt wird. Durch jede Einlage wird ein dem Alter zur Zeit der Einlage und dem gewählten Rentenantrittsalter (55., 60. oder 65. Lebensjahr) tarifmäßig entsprechender Teilanspruch auf Altersrente erworben, und die Summe aller Teilansprüche bildet den durch eigene Betätigung erworbenen Anspruch auf Altersrente, zu der noch ein Bundeszuschuß (s. u.) hinzutritt. Die Versicherung kann mit oder ohne Rückgewähr der Einlagen eingegangen werden. Im ersteren Fall bildet bei vorzeitigem Ableben des Einlegers die Summe seiner Einlagen eine den Hinterbliebenen zukommende einmalige Zuwendung, im anderen Fall gebührt ihnen der halbe Jahresbetrag der im Zeitpunkt des Ablebens erworbenen Rente als Abfertigung (Beitrag zu den Begräbniskosten). Die bei Berechnung der Tarife zu verwendenden Rechnungsgrundlagen (Zinsfuß, Sterbetafeln) werden vom Bundesministerium für soziale Verwaltung festgesetzt. Zu jeder Altersrente tritt vom 65. Lebensjahr ab (sofern das personalsteuerpflichtige Einkommen des Versicherten nicht eine gesetzlich festzulegende obere Grenze übersteigt) ein Bundeszuschuß, der 10 v. H. der in jedem Kalenderjahre nach dem vollendeten 35. Lebensjahr geleisteten Einlagen, für ein Jahr jedoch höchstens 80 K. und im Gesamtbetrage höchstens 2400 K. im Jahre beträgt. Bei Übertritt aus der Invaliditäts- und Altersversicherung der Unselbständigen werden für jedes in dieser Versicherung nach Vollendung des 35. Lebensjahres zurückgelegte Beitragsjahr 80 K. als Bundeszuschuß angerechnet und Teilnehmern, die innerhalb des ersten Jahres nach Beginn der Altersversicherung dieser beitreten, für jedes Jahr, um das sie im erwähnten Zeitpunkt das 35. Lebensjahr überschritten haben, ein Bundeszuschuß von 80 K. zugerechnet. Jeder Teilnehmer der Altersversicherung erhält ein Altersrentenbuch, das dem Inhaber ermöglicht, Versicherungseinlagen bei jeder Sammelstelle des Postsparkassenamtes ähnlich wie Einlagen im Sparverkehr zu bewerkstelligen. Streitigkeiten über Versicherungsansprüche sollen durch die ordentlichen Gerichte, alle übrigen Fälle durch die Verwaltungsbehörden entschieden werden. Endlich soll die Altersversicherung der Selbständigen im gleichen Zeitpunkte wie die Invaliditäts- und Altersversicherung der Unselbständigen in Wirksamkeit gesetzt werden.

Nach den „Erläuterungen" zu diesen Leitsätzen soll für jede nach dem Versicherungsplan vorgesehene Versicherungskombination (mit und ohne Rückgewähr der Einlagen) und jedes zu wählende Rentenantrittsalter (55., 60. und 65. Lebensjahr) ein besonderer Tarif gelten. Da zur Aufstellung der Tarife Rechnungsgrundlagen erforderlich sind, die in einer Sterbetafel und dem rechnungsmäßigen Zinsfuß bestehen, so soll einerseits wegen der erfahrungsgemäß stärkeren Selbstauslese von Rentenversicherten an Stelle einer Volkssterbetafel unter den sogenannten Rentensterbetafeln (getrennt nach Männern und Frauen) der Versicherungsgesellschaften die Wahl getroffen, anderseits der rechnungsmäßige Zinsfuß in solcher Höhe angenommen werden, daß voraussichtlich durch eine längere Reihe von Jahren das diesem Zinsfuß entsprechende Zinserträgnis der zur dauernden Kapitalsanlage bestimmten Vermögenswerte der Einrichtung auch tatsächlich erzielt werden kann.

Im Anschluß hieran wird dann an der Hand von Zahlenbeispielen dargelegt, welche Rentenansprüche in der nach den obigen Grundsätzen eingerichteten Selbständigenversicherung durch Einzahlungen von bestimmter Höhe erworben werden können.

Das Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung.

Von Landesrat Seelmann-Eggebert in Oldenburg. (Schluß.)

IV. Die Feststellung der Unterstützung.

Während die von den Landesversicherungsanstalten zu zahlenden Zulagen, Beihilfen und Rentenerhöhungen ohne Antrag jedem Rentenempfänger gezahlt wurden, werden die Unterstützungen nach dem Gesetz vom 7. 12. 21 nur auf Antrag gewährt. Die Antragstellung hat insofern noch eine weitere Bedeutung, als nach § 9 AusfVO. auf mehr als drei Monate vom Tage der Antragstellung an gerechnet die Unterstützung nicht nachgezahlt werden darf. Diese Beschränkung muß auch dann gelten, wenn bei Neubewilligung der Rente selbst diese für mehr als drei Monate nachgezahlt wird. Für die „Beihilfe", für die die gleiche Frist galt, hatte das RVAmt erkannt, daß in dem Antrage auf Rentenfestsetzung zugleich der Antrag auf Gewährung der Beihilfe enthalten sei (AN. 21 S. 347 Ziff. 2659). Dieser Grundsatz läßt sich hier nicht entsprechend anwenden, da über den Rentenanspruch und die Unterstützung verschiedene Stellen entscheiden, die Unterstützung auch nur einem Teil der Rentenempfänger zusteht. Eine Ausnahme von der Dreimonatsfrist gilt nur insofern, als, wenn der Antrag vor dem 1. 4. 22 gestellt ist, die Unterstützung, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen, vom 1. 10. 21 an zu gewähren ist (§ 9 AusfVO.).

Der Antrag ist bei dem für den Wohnort des Rentenempfängers zuständigen Gemeindevorstand oder bei der von der obersten Landesbehörde bezeichneten sonstigen Stelle (§ 8 des Gesetzes) mündlich zu stellen oder schriftlich einzureichen. Als Wohnort gilt der Ort, an dem sich der Rentenempfänger nicht nur vorübergehend aufhält, sondern mit der Absicht dauernden oder längeren Verbleibens wohnt (§ 3 Abs. 1 des Gesetzes). Hat der Rentenempfänger keinen Wohnort oder ist es streitig, wo sich der Wohnort befindet, so gilt als Wohnort der Ort, der für die Bestimmung der Zahlstelle der Rente oder des Ruhegehalts (§ 313 AngestVG., 1383 RVO.) maßgebend war (§ 1 Abs. 3 AusfVO.). Für Rentenempfänger, die außerhalb der Heimatgemeinde in Anstaltspflege oder auf fremde Kosten in Familienpflege sich befinden, ist die Gemeinde zuständig, in der der Rentenempfänger vor Eintritt der Pflege gewohnt hat (§ 5 Abs. 2 AusfVO.).

Der Antrag kann auch durch einen Vertreter gestellt werden; der Vertreter ist auf Verlangen verpflichtet, eine schriftliche Vollmacht vorzulegen (§ 1 Abs. 2 AusfVO.).

Die Gemeinden haben die Anträge beschleunigt zu erledigen und den Rentenempfängern bei der Geltendmachung ihrer Ansprüche behilflich zu sein (§ 1 AusfVO.). Alle Verhandlungen und Urkunden, insbesondere Vollmachten und amtliche Bescheinigungen, die bei der Stellung von Anträgen, der Durchführung von Erhebungen und Auszahlungen auf Grund des Gesetzes erforderlich werden, sind gebühren- und stempelfrei (§ 14 AusfVO.).

Als Rentenempfänger hat der Antragsteller sich durch Vorlegen des Rentenbescheides auszuweisen. Es genügt aber auch eine Bestätigung der zahlenden Postanstalt, des Versicherungsamts, des Rentenausschusses oder der Ersatzkasse (§ 4 Abs. 2 AusfVo.). Daß der Rentenbescheid keinen sicheren Beweis liefert, ist schon oben dargelegt; den Gemeinden kann nur empfohlen werden, sich in allen zweifelhaften Fällen an die Post um Auskunft zu wenden. Zur Vermeidung von Doppelzahlungen können die Gemeinden auf dem Bescheid oder der Bestätigung vermerken, daß und wann ein Antrag gestellt ist (§ 4 Abs. 2 AusfVO.).

Die weiteren Feststellungen, insbesondere über die Einkommens- und Familienverhältnisse, sind von der Gemeinde von Amts wegen vorzunehmen. Die reichsgesetzlichen Ver-

sicherungsträger, die Zahlstellen, der Unterstützungsempfänger, dessen unterhaltspflichtige Angehörige und die Arbeitgeber sind verpflichtet, den Gemeinden über alle für die Unterstützung erheblichen Tatsachen Auskunft zu erteilen (§ 4 Abs. 3 AusfVO.).

Tatsachen können als festgestellt angesehen werden, wenn der Rentenempfänger sie vor einer zuständigen Stelle in Gegenwart eines Zeugen an Eides Statt versichert. Welche Stelle zuständig ist, wird von der obersten Landesbehörde bestimmt. Vor der Abnahme der eidesstattlichen Erklärung ist der Antragsteller darüber zu belehren, daß nach § 156 RStrGB. mit Gefängnis von einem Monat bis zu drei Jahren bestraft wird, wer eine derartige Erklärung wissentlich falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung wissentlich falsch aussagt. Über die Belehrung und die Versicherung an Eides Statt ist eine Niederschrift aufzunehmen, die von dem Abnehmenden, dem Rentenempfänger und dem Zeugen zu unterschreiben ist und die, was zwar nicht vorgeschrieben, aber durchaus geboten ist, das angeben muß, was an Eides Statt versichert worden ist. Zur Abgabe der eidesstattlichen Erklärung kann der Rentenempfänger nicht gezwungen werden; er kann auch nicht verlangen, dazu zugelassen zu werden (§ 4 Abs. 4 AusfVO.). Eidesstattliche Erklärungen sollten nicht allgemein, sondern nur in besonderen Ausnahmefällen verlangt werden.

Es ist die Absicht des Gesetzgebers, die Rentenempfänger auf ein Mindest-Gesamtjahreseinkommen zu bringen. Die Unterstützung soll in der Regel jeweils für ein Kalendervierteljahr festgesetzt werden (§ 6 Abs. 1 AusfVO.). Es muß daher das Einkommen für das kommende Vierteljahr ermittelt werden. Läßt sich für die Unterstützungszeit der Betrag des anzurechnenden Einkommens nicht ausreichend feststellen, so können die tatsächlichen Bezüge im vorhergehenden Kalendervierteljahr zugrunde gelegt werden (§ 6 Abs. 1 AusfVO.). Das wird nur mit Vorsicht geschehen können, insbesondere bei Neubewilligung von Renten, denn wenn z. B. einem Versicherten wegen Eintritts der Invalidität die Invalidenrente neu bewilligt wird, so wird nicht der Arbeitsverdienst, den er im vorhergehenden Vierteljahr noch hatte, berücksichtigt werden dürfen. Nach § 3 Abs. 3 des Gesetzes sind die Finanzbehörden verpflichtet, den Gemeinden auf Anfrage Auskunft über die Einkommensverhältnisse des Unterstützungsberechtigten zu geben. In der Praxis wird dies nicht allzu große Bedeutung haben, denn die Rentenempfänger werden meist steuerfrei sein, auch ist die Einschätzung zur Einkommensteuer nicht unbedingt maßgebend, z. B. dann nicht, wenn ein bisher arbeitsfähiger Versicherter invalide wird, denn maßgebend ist grundsätzlich das Einkommen für die Unterstützungszeit.

Die Entscheidung über den Antrag liegt der Gemeinde ob. Über die Form der Entscheidung ist nichts bestimmt worden, insbesondere ist die Erteilung eines schriftlichen Bescheides nicht vorgeschrieben, doch sollen bei der Entscheidung tunlichst Personen aus dem Kreise der Versicherten oder der Rentenempfänger mitwirken (§ 3 Abs. 1 des Gesetzes). Nach § 8 AusfVO. sollen vor der Festsetzung der Höhe der Unterstützung Personen aus dem Kreise der Versicherten oder Rentenempfänger jedenfalls dann zugezogen werden, wenn der Antrag abgelehnt oder auf die Unterstützungseinkommen angerechnet werden soll.

Gegen die Entscheidung der Gemeinde ist Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zulässig, die endgültig entscheidet (§ 3 Abs. 2 des Gesetzes). Eine Frist für die Einlegung der Beschwerde ist nicht gesetzt worden. Nach der oldenburgischen Ausführungsverordnung jedoch ist die Beschwerde innerhalb sieben Tagen *nach der Zustellung* der Entscheidung bei der Stelle, die die Entscheidung gefällt hat, einzubringen und innerhalb einer weiteren Frist von ferneren drei Wochen zu begründen. Hieraus ergibt sich, daß in Oldenburg ein schriftlicher Bescheid zu erteilen und zuzustellen ist. Ist über den Antrag rechtskräftig entschieden, so kann doch im nächsten Vierteljahr ein neuer Antrag gestellt werden, denn

die Unterstützung ist immer für ein Kalendervierteljahr festzustellen. Während der Zeit, für die die Unterstützung festgesetzt ist, kann der Rentenempfänger eine Neufeststellung nur beantragen, wenn in den Verhältnissen, die für die Festsetzung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung eingetreten ist. Aus den gleichen Gründen kann die Neufestsetzung von Amts wegen erfolgen (§ 7 Abs. 2 AusfVO.).

Da die Unterstützung für ein Vierteljahr bewilligt wird, ist grundsätzlich nach Ablauf des Vierteljahrs eine Neufeststellung erforderlich. Nach § 7 AusfVO. kann aber von einer Neufestsetzung abgesehen werden, wenn offenkundig ist oder von Rentenempfängern glaubhaft versichert wird, daß in den Verhältnissen, die für die Festsetzung der Unterstützung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung nicht eingetreten ist. Bestehen Zweifel oder ist seit der letzten Festsetzung ein Jahr verflossen, so sind die Tatsachen erneut festzustellen.

V. Die Zahlung der Unterstützung.

Die Unterstützung wird nicht etwa, wie die Rentenbeträge selbst, von der Post, sondern von der Gemeinde des Wohnorts in monatlichen oder wöchentlichen Teilzahlungen im voraus gezahlt. Die zu zahlenden Beträge sind auf volle Mark aufzurunden (§ 4 des Gesetzes). Danach besteht keine Verpflichtung zur Rückzahlung, wenn der Empfänger vor Ablauf des Zahlungsabschnittes verstirbt. Stirbt der Rentenempfänger vor Festsetzung der Unterstützung, so wird diese jedenfalls für die Sterbewoche voll zu zahlen sein.

Soll die Auszahlung an einen Vertreter erfolgen, so hat er die Vertretungsvollmacht nachzuweisen und auf Verlangen eine Vollmacht vorzulegen, die von einer Person zu beglaubigen ist, die berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen (§ 13 AusfVO.).

VI. Sachbezüge statt Barleistungen.

Trunksüchtige, die auf Grund des § 120 RVO. oder des § 45 AVG. an Stelle von Geldleistungen Sachleistungen beziehen, erhalten auch die Unterstützung in Form von Sachleistungen. Soweit die Gemeinden oder Gemeindeverbände auf Grund des § 1275 RVO. bestimmen können, daß Renten statt in bar in Sachen gewährt werden, können sie es auch für die Unterstützung tun. Auch sonst können die Gemeinden die Unterstützung in Sachen gewähren, wenn der Rentenempfänger zustimmt (§ 10 AusfVO.).

VII. Verhältnis zur Armenunterstützung.

Öffentliche Armenunterstützung oder sonstige öffentliche Fürsorgeleistungen, die nach dem 1. 10. 21 bis zur erstmaligen Auszahlung der Unterstützung gewährt worden sind, können auf die für den gleichen Zeitraum zu zahlende Unterstützung angerechnet werden. Sonst ist die Anrechnung öffentlicher Armenunterstützung unzulässig (§ 11 AusfVO.).

VIII. Änderung in den Rentenverhältnissen.

Nach § 12 AusfVO. treten in den Fällen, in denen die Rente oder das Ruhegeld ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, ruht oder wegfällt, die entsprechenden Wirkungen auch für die Unterstützung ein. Daß auch das Einstellungsverfahren hierunter fällt, kann nicht bezweifelt werden. Mit dem gänzlichen Wegfall der Rente fällt selbstverständlich auch die Unterstützung weg. Dagegen ist es nicht völlig zweifellos, was gelten soll, wenn die Rente nur teilweise entzogen, versagt oder eingestellt wird. Soll dann auch die Unterstützung im gleichen Verhältnis gemindert werden? Oder wird die Unterstützung zwecks Erreichung des Mindesteinkommens um den Betrag erhöht, um den die Rente gekürzt wurde? Nach der Fassung des Gesetzes „treten die entsprechenden Wirkungen a u c h für die Unterstützung ein", kann m. E. nur gefolgert werden, daß die Unterstützung im gleichen Verhältnis zu vermindern ist, und zwar ist m. E. nicht das Gesamtjahreseinkommen, auf das der Rentenempfänger zu bringen ist, zu mindern, sondern die Unterstützung ist zunächst nach dem vollen Gesamtjahreseinkommen (3000 M., 2100 M., 1200 M.) zu berechnen, dann aber der Rente

entsprechend zu kürzen. Bei dieser Auslegung wird vermieden, daß die Kürzungen, die die Versicherungsträger nach gesetzlicher Vorschrift vornehmen, aus der Reichskasse gezahlt werden müssen.

Nicht um ein Versagen, Entziehen, Einstellen, Ruhen oder Wegfallen im obigen Sinne handelt es sich dann, wenn der Versicherungsträger nur einen Bruchteil der Rente deshalb zur Auszahlung bringt, weil er eine Gegenforderung gegen die Rente aufrechnet, wie es neuerdings infolge von Überhebung der Rentenzulagen, Beihilfen und Rentenerhöhungen häufiger vorkommt als sonst. Hier verbleibt dem Versicherten der Anspruch auf die volle Rente, von der nur ein Teil zur Tilgung von Schulden verwendet wird. Bei der Berechnung der Unterstützung ist also so zu verfahren, als wenn die volle Rente an den Versicherten zur Auszahlung gelangte. Dasselbe wird auch gelten, wenn ein Teil der Rente vom Armenverband oder sonst von einem Ersatzberechtigten in Anspruch genommen wird.

Die Versicherungsträger haben den Gemeinden auf Verlangen die erforderliche Auskunft zu erteilen; neu eintretende Fälle von Versagung, Entziehung, Einstellung, Ruhen und Wegfall von Renten sind den Gemeinden jeweils alsbald mitzuteilen (§ 12 AusfVO.). Daß Neubewilligung von Renten den Gemeinden mitzuteilen ist, ist nicht vorgeschrieben.

IX. Besonderheiten bei Invalidenhauspflege.

Erhält der Rentenempfänger in einer Anstalt (Invalidenheim, Altersheim u. dgl.) Wohnung und Verpflegung, so ist an seiner Stelle die Anstalt berechtigt, innerhalb der festgesetzten Einkommensgrenze Zuschüsse zum Pflegegeld zu verlangen, die aber nur bis zu drei Vierteln der Gesamtbezüge des Rentenempfängers beansprucht werden können. Die Fassung ist wenig klar. Gemeint ist aber offenbar, daß das Gesamtjahreseinkommen so zu berechnen ist, als wenn Invalidenhauspflege nicht gewährt würde; und daß von dem Gesamtbetrag die Anstalt drei Viertel, der Versicherte ein Viertel bekommt. Bei Invalidenrentenempfängern, die sonst kein Einkommen haben, würde also die Anstalt 2250 M., der Versicherte 750 M. erhalten. — Zu den Anstalten in diesem Sinne sind m. E. auch Krankenhäuser zu rechnen, die nur vorübergehende Krankenhausbehandlung gewähren.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zurücksendung einer Entscheidung kann als Einlegung des Rechtsmittels gelten.

Ref. Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamts vom 30. Juni 1921 (Mitt. S. 53).

Das Oberversicherungsamt hat die Berufung des Klägers Hermann B. gegen den Endbescheid der Berufsgenossenschaft vom 25. Februar 1919 deshalb als verspätet zurückgewiesen, weil in der Zurücksendung des am 20. März 1919 eingeschrieben bei der Berufsgenossenschaft eingelaufenen Endbescheides durch B. eine rechtswirksame Berufungseinlegung nicht zu erblicken sei. Dem kann nicht beigetreten werden. Nach § 129 Abs. 1 RVO. werden die Rechtsmittel, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, allerdings bei der Stelle eingelegt, die zu entscheiden hat; aber nach der Vorschrift in Abs. 2 a. a. O. gilt die Rechtsmittelfrist auch dann als gewahrt, wenn das Rechtsmittel rechtzeitig bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Organe der Versicherungsträger eingegangen ist. Gemäß § 3 RVO. sind aber die Berufsgenossenschaften für die Unfallversicherung die Versicherungsträger. Durch den Einlauf des Rechtsmittels bei der beteiligten Berufsgenossenschaft selbst ist daher die Rechtsmittelfrist um so mehr gewahrt. Im vorliegenden Falle ist die eingeschriebene Sendung des B. bei der Berufsgenossenschaft auch vor Ablauf dieser Frist eingegangen. Daß B. mit der Zurücksendung des Bescheids seine Unzufriedenheit mit dessen Inhalt zu erkennen geben wollte, liegt, da der Bescheid auf Ablehnung der beanspruchten Unfallrente lautete, in der Natur der Sache und ist ganz besonders auch dadurch zum Ausdruck gelangt, daß B. die Zurücksendung mittels eingeschriebenen Briefs betätigte.

Das Oberversicherungsamt hat aber selbst zutreffend angenommen, daß in einer bloßen ohne Anschreiben bewirkten Einsendung des Bescheids schon

eine Berufung liegen könne. Seine Ansicht, daß eine derartig eingelegte Berufung nur dann wirksam sei, wenn sie bei dem Oberversicherungsamt angebracht werde, ist somit nicht richtig.

Da demnach die Berufung des B. nicht verspätet, sondern in gesetzlicher Form und Frist gemäß §§ 128 Abs. 1 und 129 Abs. 2 RVO. eingelegt ist, war das mit dem Rekurs angefochtene Urteil des Oberversicherungsamts aufzuheben und die Sache zur weiteren Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen.

Zustellung des Urteils, wenn die Partei im Laufe des Verfahrens volljährig wird; Beginn der Rechtsmittelfrist.

Urteil des **Reichsversorgungsgerichts** v. 24. Mai 1921 (Entsch. 2 S. 66).

Der Kläger ist am 15. Juni 1899 geboren. Mit Recht hat das Versorgungsamt den Bescheid vom 20. Januar 1920, durch den es die für ihn von seinem Vater erhobenen Rentenansprüche ablehnte, diesem, seinem damaligen gesetzlichen Vertreter zugestellt, der ordnungsgemäß dagegen Berufung eingelegt hat. Nachdem der Kläger am 15. Juni 1920 volljährig geworden war, hätte das Militärversorgungsgericht die ausweislich der Akten am 26. Juli 1920 ausgefertigte Benachrichtigung vom Termine zur mündlichen Verhandlung dem Kläger selbst zusenden müssen. Daß es nicht ihn, sondern seinen Vater als vermeintlichen gesetzlichen Vertreter benachrichtigt hat, ist ein wesentlicher Mangel des Verfahrens. Dieser Mangel ist indessen dadurch geheilt worden, daß der Kläger persönlich im Termine vom 5. August 1920 vor dem Berufungsgericht erschienen ist und zur Sache verhandelt hat.

Das Militärversorgungsgericht hat aber auch in der Folgezeit übersehen, daß der Kläger am 15. Juni 1920 die Volljährigkeit erlangt hatte. Denn es führt in seiner Entscheidung als Berufungskläger den „minderjährigen Fabrikarbeiter Bernhard M., vertreten durch seinen Vater Bernhard M." an. Demgemäß hat es das Urteil vom 5. August 1920 — zu Unrecht — dem Vater des Klägers, der den gleichen Namen wie sein Sohn führt, zugestellt. Die am 16. August 1920 zu Händen der Ehefrau des Vaters Bernhard M. bewirkte Zustellung konnte die Rekursfrist gegenüber dem Kläger daher nicht in Lauf setzen. Ihm gegenüber begann die Rekursfrist erst mit dem Tage zu laufen, an dem ihm die Ausfertigung des Berufungsurteils tatsächlich ausgehändigt worden ist (zu vgl. für das verwandte Gebiet der Sozialversicherung: Handb. der Unfallvers. Bd. I S. 666 Nr. 2 ff.). An welchem Tage dies geschehen ist, steht nicht fest und läßt sich jetzt nicht mehr feststellen. Jedenfalls ist die jetzt von dem Kläger aufgestellte Behauptung nicht zu widerlegen, daß ihm sein Vater das Urteil „erst viel später" übergeben habe. Bei dieser Sachlage muß zu seinen Gunsten unterstellt werden, daß die Aushändigung der Entscheidung des Militärversorgungsgerichts nicht vor dem 1. September 1920 erfolgt, die Rekursfrist durch den Eingang seines Schriftsatzes beim Militärversorgungsgericht also gewahrt ist. Hiernach konnte die den Rekurs als verspätet verwerfende Verfügung des Vorsitzenden nicht aufrechterhalten werden. Der Senat mußte vielmehr in eine sachliche Prüfung des Rechtsmittels eintreten.

B. Zur Krankenversicherung.

Bemessung des Krankengeldes nach dem Grundlohn zur Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder der Erkrankung?

Urteil des **Versicherungsamts Stadt Döbeln** vom 20. Februar 1922.

Die Beklagte stützt sich wegen der Zahlung des Krankengeldes nach Beitragsklasse 8 auf die in den Amtl Nachr. des RVA. vom Jahre 1917 S. 462 veröffentlichte grundsätzl. Entsch. Nr. 2342 des RVA. vom 27. März 1917. Nach dieser grundsätzl. Entsch. ist der Zeitpunkt der Erkrankung für die Beurteilung aller Ansprüche, die aus einem Unterstützungsfalle erhoben werden, maßgebend. Die Höhe des Krankengeldes richtet sich daher stets, auch wenn Arbeitsunfähigkeit erst unter geänderten Lohnverhältnissen eintritt, nach der Höhe des zu Beginn der Erkrankung bezogenen Lohnes. Daß sich die Beklagte an den in der aufgeführten Entscheidung festgelegten Grundsatz hält, ist an sich nicht zu beanstanden. Das Versicherungsamt hat aber bei Beurteilung des erhobenen Leistungsanspruches auch gegenüber einer grundsätzlichen Entscheidung der höchsten Instanz, seiner freien pflichtmäßigen Überzeugung zu folgen und danach zu entscheiden. (Siehe die Ausführungen in ArbVers. 1915 S. 691 und S. 863 Nr. 4, sowie 1916 S. 168 Nr. 10a.)

Das Krankengeld ist bestimmt, Ersatz für den dem Versicherten durch die eingetretene Arbeitsunfähigkeit entgehenden Gehalt oder Lohn zu gewähren. In der gegenwärtigen Zeit mit ihren gleitenden Wirtschaftsverhältnissen unterliegt auf dem Gebiete des Arbeitsmarktes gerade die Lohngestaltung fortwährend außerordentlichen Schwankungen. Das Wirtschaftsleben befindet sich im Stadium einer fortwährenden Neugestaltung. Die Lohnverhältnisse sollen sich möglichst an die durch die fortgesetzte Steigerung aller Preise sprunghaft veränderten Wirtschaftsverhältnisse anpassen. Wenn nun das Krankengeld ein Ersatz für entgangenen

Arbeitsverdienst sein soll, dann muß es auch nach dem Verhältnisse gewährt werden, in dem es zu dem Arbeitsverdienste des Versicherten im Zeitpunkte des Eintrittes der Arbeitsunfähigkeit steht. Dies wird immer der Fall sein, wenn der Zeitpunkt der Erkrankung und der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zusammenfallen. Befindet sich aber zwischen der Erkrankung und dem Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit ein Zeitraum — der unter Umständen gar nicht groß zu sein braucht —, so liegt es in den gegenwärtigen Verhältnissen begründet, daß unterdessen wesentliche Veränderungen in den Lohnverhältnissen eintreten können und demzufolge auch das Krankengeld diesen neuen Verhältnissen angepaßt werden muß. Die Anwendung des unter beinahe normalen Verhältnissen aufgestellten Grundsatzes, daß sich die Höhe des Krankengeldes stets nach der Höhe des zu Beginn der Erkrankung bezogenen Lohnes zu richten hat, erscheint für die jetzige Zeit als überholt und unsozial.

Auch bei der Klägerin hat sich in der Zwischenzeit vom Tage der Erkrankung bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit der Arbeitsverdienst verändert und zwar so wesentlich erhöht, daß sie aus Beitragsklasse 8 nach Beitragsklasse 12 versetzt werden mußte. Diese Erhöhung des Arbeitsverdienstes liegt ohne Zweifel in der Verschiebung der gesamten Wirtschaftsverhältnisse begründet, denn es ist anzunehmen, daß die Klägerin gegen Tariflohn beschäftigt worden ist und Veränderungen in Tariflöhnen treten bekanntlich nur bei einschneidender und wesentlicher Umgestaltung der Wirtschaftslage ein. Die Klägerin ist also auf die Gestaltung ihrer Lohnverhältnisse einflußlos. Da nun das Krankengeld Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst sein soll, so ist es auch der Klägerin in der Höhe zuzusprechen, die dem zur Zeit des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit erzielten Lohne entspricht, nämlich nach Beitragsklasse 12. Der Gewährung des Krankengeldes nach den Lohnverhältnissen, wie sie beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bestehen, stehen auch keine versicherungsgesetzlichen Bestimmungen entgegen, insbesondere nicht die Vorschriften des § 211 RVO., der nur von der Wirkung vorgenommener Satzungsänderungen auf schwebende Versicherungsverhältnisse handelt.

Anmerkung: Die Erwägungen dieses Urteils erscheinen mindestens sehr beachtenswert. Es bleibt abzuwarten, ob die Auffassung des Versicherungsamts sich durchsetzen wird. B.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1922 Nr. 1 S. 5 ff. und Nr. 2 S. 11 ff.)

Nr. 506. Ein Maschinenaufseher eines Bergwerks, welchem 100 Arbeiter und ein umfänglicher Maschinenpark zur Beaufsichtigung ordnungsmäßiger Arbeitsleistung unterstellt sind und die selbständige Anleitung und Überwachung der Arbeiter obliegt, ist versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn er dem Betriebsführer und Maschinensteiger untersteht.

Nr. 507. Im Sinne des § 60 Abs. 1 VGfA. ist in den Genuß eines Ruhegeldes auch derjenige getreten, bei dem gleichzeitig mit der Bewilligung des Ruhegeldes die Zahlung des Ruhegeldes gemäß § 38 Abs. 3 a. a. O. für die Dauer eines gewährten Heilverfahrens eingestellt worden ist.

Nr. 508. Eine Kapitulantenentschädigung nach § 4 des Reichsgesetzes vom 13. September 1919 (RGBl. S. 1659) oder eine für die Führung eines getrennten Haushaltes gewährte und verbrauchte Entschädigung bleibt bei Bemessung des Jahresarbeitsverdienstes als Entgelt im Sinne des § 1 Abs. 3, § 2 des VGfA. außer Betracht.

Nr. 509. Kann beim Tode des Versicherten ein Anspruch auf Witwenrente nach §§ 22, 396 des VGfA. geltend gemacht werden, so ist ein Anspruch auf Beitragserstattung nach § 398 a. a. O. ausgeschlossen, auch wenn wegen verspäteter Geltendmachung des Rentenanspruchs (§ 23) und der der Witwe nach § 64 a. a. O. zustehenden Abfindung tatsächlich Leistungen aus der Angestelltenversicherung nicht gewährt worden sind.

Nr. 510. 1. Hat eine juristische Person mehrere gesetzliche Vertreter, so kann sich die Festsetzung einer Ordnungsstrafe auf Grund des § 343 Nr. 1 VGfA. auf den schuldigen gesetzlichen Vertreter beschränken.

2. Während des Schwebens eines Streitverfahrens über die Versicherungspflicht hat die Reichsversicherungsanstalt keinen Anspruch auf Abführung von Beitragsteilen, die der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer abzieht.

Nr. 511. Beiträge, die in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet sind, können vom Versicherten nicht mehr zurückgefordert werden, wenn sie mit seiner Einwilligung als für die freiwillige Weiterversicherung entrichtet gelten.

Nr. 512. Verlobt sich eine Angestellte während der Dauer einer Kriegsbeschäftigung und war infolgedessen anzunehmen, daß sie eine versicherungspflichtige Beschäftigung über den 30. November 1920 hinaus voraussichtlich nicht ausüben wird, so tritt mit dem Zeitpunkt der Verlobung Versicherungsfreiheit auf Grund der Bek., betr. die Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges, vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) ein.

Nr. 513. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung im Sinne des § 62 VGfA. und der Ver-

heiratung wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß die Angestellte vor ihrer Verheiratung wegen Erkrankung eine zufolge Überschreitung der Versicherungsgrenze versicherungsfreie, jedoch später wieder versicherungspflichtig gewordene Beschäftigung aufgegeben hat, sofern anzunehmen ist, daß sie nur durch ihre Krankheit verhindert worden ist, ihre Beschäftigung fortzusetzen.

Nr. 514. Die Verjährungsfrist des § 228 Abs. 1 VGfA. für einen für den letzten Monat eines Kalenderjahres zu zahlenden Beitrag beginnt mit Ablauf dieses Kalenderjahres, obwohl die gesetzliche Einzahlungsfrist bis zum 15. des nächsten Monats läuft (§ 181 Abs. 1 VGfA.).

Nr. 515. Die Leiterin der Suppenküche eines Volksküchenvereins, die den Küchenbetrieb und das Küchenpersonal zu beaufsichtigen, die erforderlichen Anordnungen im Rahmen der allgemeinen Weisungen selbständig zu treffen und im Notfalle körperlich mitzuarbeiten hat, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 VGfA.

Nr. 516. Ist der Befreiungsantrag nach § 5 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 (RGBl. S. 1144) bis zum 1. September 1920 gestellt worden, so ist der für entsprechend anwendbar erklärten Vorschrift des § 391 Abs. 1 Satz 2 des VGfA. genügt, wenn innerhalb einer angemessenen Frist nach dem 1. September 1920 der vor Ablauf des 30. Juni 1920 beantragte, aber nicht rechtzeitig ausgefertigte Versicherungsschein vorgelegt wird.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Frage der Rückwirkung gesetzlicher Erhöhung von Ansprüchen auf Wochenhilfe

ist nunmehr unterm 20. 12. 21 eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts, betreffend Ansprüche auf Grund des Gesetzes v. 29. 7. 21 (RGBl. S. 1189), ergangen dahin, daß die gesetzliche Erhöhung der baren Leistungen auf Ansprüche aus Versicherungsfällen, die vor dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes eingetreten sind, ohne Einfluß bleibt. Diese Auffassung ist hier wiederholt und nachdrücklich gegenüber abweichenden Ansichten vertreten worden (zu vgl. besonders Jahrgang 1921 S. 549, 550, 1922 S. 10, 21). Daß Gleiches aus gleichen Gründen auch für die Erhöhung des Stillgeldes nach dem Ges. v. 28. 12. 21 (RGBl. S. 7) gelten muß, ist hier S. 97 ff. nachgewiesen worden. — Hiermit ist ein besonders unerfreuliches Kapitel der Geschichte der neueren Gesetzgebung und Rechtsbescheidung abgeschlossen. Die Begründung der Entsch. des RVA. werden wir, sobald ihr Wortlaut vorliegt, mitteilen.

Keine Pflicht der Hebammen zur Anwendung der Mindesttaxe gegenüber Krankenkassen.

In unserem Bericht über „die Ortskrankenkassen im Jahre 1920“ (Heft 8 von 1922) findet sich am Schlusse ein Schreib- oder Druckfehler. Der Bericht der AOK. Hainichen besagt über den dort erwähnten Streitfall folgendes: „Der Kassenvorstand beschloß im Herbst 1919 auf Grund des § 195c des Gesetzes über Wochenhilfe usw. vom 26. September 1919 statt barer Beihilfen zu den Entbindungskosten die Gewährung von Sachleistungen. Die Hebammen verweigerten aber den Abschluß eines Vertrages mit der Kasse. Nunmehr glaubte der Vorstand, auf Grund der am 24. Februar 1912 vom Ministerium des Innern herausgegebenen Gebührentaxe für Hebammen diese zur Anwendung der Mindesttaxe und zur Einreichung der Rechnung an die Krankenkasse zwingen zu können. Auf Beschwerde eines Mitgliedes entschieden sowohl Versicherungsamt als auch Oberversicherungsamt zuungunsten der Kasse.“

Tarifabkommen zwischen den Krankenkassenverbänden und den Ärztevereinigungen.

Im Reichsarbeitsministerium ist, unter Vermittlung des Reichsarbeitsministers Dr. Brauns, das folgende, von jedem Vertragsteile mit Vierteljahrsfrist kündbare Tarifabkommen vom 22. März 1922 zustandegekommen:

§ 1. Vom 1. April 1922 an werden die Vergütungen bei Zahlung nach Einzelleistungen nach den Mindestsätzen der neuen preußischen Gebührenordnung berechnet. Zu diesen Sätzen treten Teuerungszuschläge, die unter Zugrundelegung der Reichsindexziffern bemessen werden. Jede Partei kann bis zum 15. des ersten Monats des Quartals verlangen, daß über die Höhe des Teuerungszuschlages Verhandlungen vor einem Ausschuß stattfinden. Der Ausschuß setzt sich aus je zwei Vertretern der Ärzteverbände und der Kassenverbände sowie einem vom Reichsarbeitsministerium zu bestellenden Vorsitzenden zusammen. An seinen Beratungen nehmen außerdem je ein Vertreter des Statistischen Reichsamts und des preußischen Wohlfahrtsministeriums als Sachverständige teil. Der Ausschuß geht bei den Verhandlungen von der im April 1922 veröffentlichten Reichsindexziffer aus. Mit dieser Indexziffer wird die mittlere Indexziffer des Vierteljahres, für das die Teuerung festgesetzt wird, in Beziehung gesetzt.

§ 2. Für das erste Kalendervierteljahr 1922 beträgt die Vergütung: Beratung 10 M., Besuch 20 M. Dazu kommt ein Zuschlag auf die Mindestsätze der bisherigen preußischen Gebührenordnung (Sonderleistungen) in Höhe von 150 v. H. und für geburtshilfliche Leistungen in Höhe von 300 v. H.

§ 3. Wird die preußische Gebührenordnung geändert, so finden deren neue Sätze Anwendung. Wegen des Teuerungszuschlags zu den neuen Sätzen gelten die Vereinbarungen zu § 1 entsprechend.

§ 4. Wegen der Begrenzung der Leistungen nach dem Vorbilde in den früheren Tarifverträgen und Vereinbarungen werden die Parteien sofort unmittelbar in Verhandlungen treten (zu vgl. die nachstehenden Ergänzungen). Von der Einigung auf diesem Gebiete hängt die Wirksamkeit dieser Vereinbarung ab.

§ 5. Die Vereinbarung von Wegegebühren und Vergütung von Zeitversäumnis bleibt örtlicher Vereinbarung vorbehalten.

Ergänzungsbestimmungen v. 23. März 1922 (zu vgl. oben § 4).

I. Bei Bezahlung nach Einzelleistungen ist eine Begrenzung der Gesamtausgabe für die ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

a) In der Regel soll im Vierteljahrsdurchschnitt die Zahl von zusammen vier Beratungen und Besuchen auf den einzelnen Krankheitsfall nicht überschritten werden dürfen. Die zuständige Ärzteorganisation ist verpflichtet, die Vielgeschäftigkeit einzelner Ärzte, die wiederholt den Durchschnitt überschritten haben, durch entsprechende Maßnahmen zu bekämpfen.

b) Von dem vierteljährlichen Gesamthonorare dürfen auf Sonderleistungen nicht mehr als 30 v. H. entfallen.

Die Bestimmung zu b) gilt nur bis zum 31. März 1922.

Es bleibt späterer Prüfung vorbehalten, in welchem Maße infolge der veränderten Grundsätze der neuen preußischen ärztlichen Gebührenordnung die Zahl 4 unter a) herabzusetzen und ob und in welchem Umfange der Hundertsatz unter b) zu erhöhen ist.

Überschießende Beträge, die sich aus der Begrenzung nach a) und b) ergeben, sind nach örtlich zu vereinbarenden Grundsätzen zu kürzen.

Bei Streit über die Durchführung dieser Bestimmungen entscheidet endgültig das in jedem Kassenarztvertrage vorzusehende Schiedsgericht.

II. Bei Wiederholung von Leistungen gleicher Art gemäß folgenden Ziffern der ärztlichen Gebührenordnung vom 1. September 1920: 22a; 23a, b und e; 24a und b; 26a bis d; 27a und b; 28; 33a und b und 136 darf die Beratungsgebühr neben der Gebühr für die Sonderverrichtung in einem Krankheitsfalle im Vierteljahr nur dreimal berechnet werden. Vom vierten Male an kommt nur die Sonderverrichtung in Ansatz.

Bei Untersuchung nach II Ziffer 66, 93a und 115a kommt außer der darauf entfallenden Gebühr diejenige für die Allgemeinberatung nur dann in Anrechnung, wenn auch eine allgemeine Beratung oder Untersuchung stattgefunden hat. Mit anderen Sonderleistungen zusammen können die Untersuchungen nach II Ziffer 66, 93a und 115a im Laufe eines Krankheitsfalles nur dann berechnet werden, wenn sie in der Art der Krankheit begründet sind. Auf Verlangen ist eine besondere Begründung zu geben.

Diese Bestimmungen gelten für das erste Vierteljahr 1922.

III. 1. Krankheitsbescheinigungen und kurze Auskünfte, die die Kasse für ihre Zwecke vom Arzte fordert, sind nicht besonders zu bezahlen.

2. Für die Anwendung und Bezahlung von sachlichen Leistungen, z. B. Lichtbehandlung, können örtliche Vereinbarungen getroffen werden. Die Ausführung solcher Leistungen kann die Kasse von ihrer Genehmigung abhängig machen.

3. Die einfache Brillenverordnung ohne eingehende Untersuchung des Auges im Sinne der Ziffer 91 der neuen preußischen Gebührenordnung für Ärzte wird mit der einfachen Beratungsgebühr abgegolten.

4. Die Untersuchungen nach Nr. 19, 20a bis e, 21a bis c, 27e, 62b, 64, 91a bis e, 113a bis e, 128a dürfen nur berechnet werden, wenn sie notwendig waren. Mehr als zweimal dürfen diese Untersuchungen in einem Behandlungsvierteljahr nicht berechnet werden. Für Ausnahmefälle ist besondere Begründung erforderlich. Diese Bestimmung gilt vom 1. April d. J. an.

IV. Wird ein Kassenmitglied von seiner Kasse an einen Facharzt außerhalb des Kassenbezirks überwiesen, so sind mangels anderer Vereinbarungen zwischen Arzt und der Kasse die Mindestsätze der preußischen ärztlichen Gebührenordnung und der jeweilige Teuerungszuschlag maßgebend.

V. 1. Für die Behandlung überwiesener Mitglieder auswärtiger Kassen (§ 219 RVO.) sind bei Berechnung der ärztlichen Vergütung nach Einzelleistungen die gleichen Sätze wie für die Mitglieder der aushelfenden Kasse, bei Bezahlung der ärztlichen Vergütungen nach Pauschsätzen die Mindestsätze der preußischen Gebührenordnung für Ärzte mit den jeweiligen Teuerungszuschlägen zu berechnen.

2. Die im Bezirk eines Versicherungsamtes vereinbarten Vergütungen gelten auch für die Kassen anderer Bezirke, soweit ihre Mitglieder ihren ständigen Wohnsitz in dem Bezirke haben.

3. Die vertraglichen Honorarbestimmungen gelten ohne Unterschied für alle Kassenmitglieder. Unzulässig ist auch die Forderung besonderer Bezahlung bei Betriebsunfällen, vorbeugenden Heilverfahren oder Schadenersatzfällen (§ 1542 RVO.), wenn die Krankenkasse zur Gewährung freier ärztlicher Behandlung verpflichtet ist.

Die neue preußische Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte.

Die am 1. 10. 20. in Kraft getretene Gebührenordnung galt nur bis Ende März 1922 (zu vgl. hierüber ArbVers. 1920 S. 541 ff.). Diese Gebührenordnung und ein dazu ergangener Nachtrag vom 30. 4. 21 sind ersetzt durch die vom preuß. Minister für Volkswohlfahrt mit Wirkung vom 1. 4. 22 erlassene Gebührenordnung vom 15. März 1922, deren „Allgemeine Bestimmungen" wir hier mitteilen:

§ 1. Den in Deutschland approbierten Ärzten und Zahnärzten (§ 29 Abs. 1 GO.) stehen für berufsmäßige Leistungen, die sie in Preußen ausüben, mangels einer Vereinbarung Gebühren nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen zu.

§ 2. Die Mindestsätze gelangen zur Anwendung, wenn nachweislich Unbemittelte oder Armenverbände die Verpflichteten sind. Sie finden ferner Anwendung, wenn die Zahlungen aus Reichs- oder Staatsfonds, aus den Mitteln einer milden Stiftung oder einer Krankenkasse (§ 225 RVO.), knappschaftlichen Krankenkasse (§ 495 RVO.), Ersatzkasse (§ 503 RVO.) oder Gemeinde (§ 942 RVO.) zu leisten sind, soweit nicht besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung oder das Mehr des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen. Dies gilt nur, wenn sich die bei einer Krankenkasse Versicherten bei der Inanspruchnahme eines Arztes (Zahnarztes) durch eine Kassenbescheinigung ausweisen.

Für die Behandlung der gegen Krankheit nach der RVO. Versicherten durch Zahnärzte ist der Tarif IV dieser Bekanntmachung maßgebend.

In dringenden Fällen sind von den gegen Krankheit nach der RVO. Versicherten nur die Mindestsätze zu entrichten; und zwar auch dann, wenn die Kassenbescheinigung (Abs. 1) nicht beigebracht wird.

§ 3. Wenn die Träger der Unfallversicherung (III. Buch RVO.), der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (IV. Buch RVO.) oder der Angestelltenversicherung (Ges. v. 20. Dezember 1911,

RGBl. S. 989) die Zahlungspflichtigen sind, so kommt als Höchstsatz das Dreifache des Mindestsatzes in Betracht.

§ 4. Im übrigen ist die Höhe der Gebühren innerhalb der festgesetzten Grenzen nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles, insbesondere nach der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, der Vermögenslage der Zahlungspflichtigen, den örtlichen Verhältnissen usw. zu bemessen.

§ 5. Eine Gebühr kann nur für solche Verrichtungen (II A und B III) in Ansatz gebracht werden, die eine selbständige Leistung darstellen.

§ 6. Die Gebühr für eine allgemeine Verrichtung (II A) gilt die gewöhnliche Untersuchung (auch die qualitative Harnuntersuchung auf Zucker und Eiweiß) und die Verordnung mit ab.

Als „gewöhnliche" sind nicht anzusehen Untersuchungen, für die in II B und III besondere Gebühren angesetzt sind.

§ 7. Die Gebühr für eine besondere Verrichtung (II B) gilt die bei Verrichtung notwendige „gewöhnliche" (§ 6) Untersuchung, Beratung und Verordnung (unselbständige Leistung) mit ab.

§ 8. Bei Verrichtungen zu II B, die im Verlaufe derselben Krankheit wiederholt werden, verringert sich die Gebühr von der vierten Verrichtung an um ein Drittel.

§ 9. Wenn bei der Inanspruchnahme des Arztes (Zahnarztes) mehrere untereinander in Verbindung stehende Verrichtungen aufeinanderfolgen, für die in II B oder III besondere Gebühren angesetzt sind, so werden die Gebühren für die höchstbewertete oder bei gleichbewerteter die für die erste Verrichtung voll, für die übrigen jedoch nur zu zwei Dritteln berechnet.

In solchen Fällen kommt die Vorschrift des § 8 nicht in Betracht.

§ 10. Verrichtungen, für die diese Gebührenordnung Gebühren nicht auswirft, sind nach Maßgabe der Sätze, die für gleichwertige Leistungen gewährt werden, zu vergüten.

§ 11. Die Kosten für die vom Arzte beschafften Medikamente, Impfstoffe, Verbandmittel und Materialien, ferner die besonderen, durch die Verrichtung bedingten Unkosten in jedem einzelnen Falle, sind dem Arzte (Zahnarzte) zu ersetzen.

§ 12. Wird der Arzt (Zahnarzt) an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen in Anspruch genommen, so ist das Doppelte der Gebühren zu II A, 1, 2, 4, 6, 11 und 18 in Ansatz zu bringen.

§ 13. Diese Bekanntmachung tritt am 1. April 1922 in Kraft.

In jedem Vierteljahr, erstmalig im September 1922, wird durch einen Ausschuß geprüft, ob die Gebührensätze dem jeweiligen Teuerungsstand entsprechen. Der Ausschuß setzt sich zusammen aus einem von mir zu bestimmenden Vorsitzenden, aus drei von den Hauptverbänden zu benennenden Vertretern der Reichsversicherungsträger und einem von mir zu bestimmenden vierten Mitgliede einerseits, sowie vier von dem Ärztekammerausschuß für Preußen zu benennenden Ärzten, soweit die Gebühren für Ärzte (II) in Betracht kommen, und vier von der Preußischen Zahnärztekammer zu benennenden Zahnärzten, soweit die Gebühren für Zahnärzte (III und IV) in Betracht kommen, anderseits.

Je nach dem Ergebnis der Prüfung bleibt eine Änderung der Gebührensätze vorbehalten.

An diese „Allgemeinen Bestimmungen" schließen sich die Gebührentaxen, aus denen wir als besonders beachtenswert folgende Taxsätze hervorheben: Beratung beim Arzt: am Tage 10—100 M. nachts (8 Uhr abends bis 8 Uhr morgens) 20—400 M. Beratung beim Arzt: am Tage 10—200 M., nachts 40—600 M. Inanspruchnahme außerhalb der Sprechstunde oder sofortige bzw. zu bestimmter Zeit verlangte Besuche sind entsprechend höher zu bezahlen (z. B. ein sofortiger Nachtbesuch mit 50—800 M.). Konsultationen am Fernsprecher (die immer noch in manchen Kreisen nicht als ärztliche Leistung angesehen werden) sind mit 10—100 M. am Tage, mit 20—200 M. nachts zu honorieren; Entbindung ohne Kunsthilfe mit 250—5000 M.

Schrifttum.

Entscheidungen des Reichs-Militärversorgungsgerichts. (Besonderer Teil der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts.) Band I. Berlin 1920, Verlag von Behrend u. Co. 327 Seiten. Preis 36 M.

Der abgeschlossene vorliegende erste Band dieser wichtigen Sammlung enthält im wesentlichen noch Entscheidungen auf Grund der alten Versorgungsgesetze. Durch die neuere Gesetzgebung ist das Versorgungswesen nicht nur in materieller Hinsicht auf andere Grundlagen gestellt, sondern es ist auch das Verfahren in Versorgungssachen, einschließlich der Behördenorganisation, von Grund aus neu geregelt durch das Gesetz v. 10. 1. 22 (RGBl. S. 59). Oberste Spruchbehörde ist das Reichsversorgungsgericht, dessen Einrichtung in weitgehendem Maße derjenigen des Reichsversicherungsamts nachgebildet ist (§§ 23 ff). Darüber hinaus aber besteht auch eine enge Verbindung zwischen diesen beiden obersten Spruchbehörden, da, solange sich beide Behörden an demselben Orte befinden, der Präsident des Reichsversicherungsamts zugleich Präsident des Reichsversorgungsgerichts ist, und da im Falle des Bedarfs ständige Mitglieder immer an die andere Behörde versetzt werden dürfen (§§ 24, 25). Auch die Verfahrensvorschriften sind vielfach an diejenigen der Reichsversicherungsordnung und der Verordnungen v. 24. 12. 11 angelehnt (§§ 37 ff.). Dies alles hat seine innere Berechtigung in der nahen Verwandtschaft des Rechtsstoffs der Militärversorgung mit demjenigen der Reichsversicherung und in den vielfältigen Beziehungen beider Rechtsgebiete. (Zu vgl. ArbVers. 1917 S. 73, 208, 1919 S. 84, MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1919 Sp. 42.) Wie daher die Rechtsprechung der Versorgungsgerichte vielfach den Spuren der Rechtsprechung auf dem Gebiete des Reichsversicherungsrechts folgen wird, so werden gewiß auch die Spruchbehörden der Reichsversicherung manche wichtige Anregung durch die Rechtsprechung auf dem anderen Gebiete empfangen; und es wird für die Träger und für die Behörden der Reichsversicherung von besonderem Interesse und Wert sein, namentlich der Spruchpraxis des Reichsversorgungsgerichts, wie sie in den „Entscheidungen des Reichsversorgungsgerichts" (so lautet der Titel der Sammlung vom 2. Bande an) niedergelegt wird, mit Aufmerksamkeit zu folgen. Es werden darin nicht nur die grundsätzlichen, sondern auch andere Entscheidungen von

besonderer Wichtigkeit und allgemeinerem Interesse veröffentlicht. — Der vorliegende Band zeigt, daß die Sammlung in der gleichen, als zweckmäßig bewährten Art angelegt ist, wie die „Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts". Der Band enthält, außer den Entscheidungen des Reichs-Militärversorgungsgerichts, im Anhang eine Entscheidung des Reichsgerichts über die Frage, ob die Anstellung als Zahlmeister eine Anstellung in einer „Stelle des Zivildienstes" im Sinne des § 20 MBG. ist, ferner ein sehr eingehendes Obergutachten über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unterleibsbrüchen und Militärdienst, endlich ein Verzeichnis der Verwaltungs- und Spruchbehörden der Reichsversorgung. Ein trefflich gearbeitetes Sachregister nach der Buchstabenordnung und ein Gesetzesregister schließen den Band ab.

Grundzüge der deutschen Sozialversicherung. Im Auftrage des Reichsarbeitsministeriums bearbeitet von Ministerialrat Dr. Schulz und Referent Eckert, unter Mitwirkung von Ministerialrat Dr. med. Riesch. Berlin 1922, Verlag von Reimar Hobbing. 287 Seiten. Preis 90 M.

Daß durch die notgedrungene Novellen-Gesetzgebung der letzten Jahre und durch ihre Fortsetzung, mit der wir noch weiterhin zu rechnen haben, die Sozialversicherung nicht den tiefgehenden Veränderungen des Wirtschaftslebens und der sozialen Anschauungen angepaßt werden kann, daß es hierzu vielmehr eines Gesamtumbaus des deutschen Sozialversicherungswerks bedarf, darüber wird in weiten Kreisen Einverständnis mit der Auffassung der Verfasser (nach dem Vorwort) bestehen — nur mit dem gewichtigen Vorbehalt, daß jeder unter dem „Gesamtumbau" der Sozialversicherung etwas anderes verstehen mag. Wie ihn die Reichsregierung, die ihn im Einvernehmen mit dem Reichstag und den Ländern ins Auge gefaßt hat, versteht, darüber enthalten die „Grundzüge" keine Andeutung. Vorschläge für die Neuordnung bringen sie nicht, sondern sie wollen der Vorbereitung „dieses" — nach Art und Umfang unbestimmten — Umbaus dadurch dienen, daß sie die Grundbegriffe der Sozialversicherung herausarbeiten, die Einzelvorschriften nach sachlichen Gesichtspunkten zusammenstellen und hierdurch die Vereinheitlichung und Vereinfachung erleichtern — wobei man sich unter „Vereinheitlichung" wiederum eine Zusammenfassung verschiedensten Grades, von rein redaktioneller Zusammenschweißung der Normen bis zur völligen Verschmelzung der verschiedenen Versicherungszweige, vorstellen kann. Viele werden den Mangel einer Andeutung über Richtung und Umfang des ins Auge gefaßten Umbaus als eine Enttäuschung empfinden; aber es ist anzuerkennen, daß die „Grundzüge" für jede Art des Umbaus eine sehr brauchbare Vorarbeit und darüber hinaus ein schätzenswertes Nachschlagebuch zum Unterricht über die Grundbegriffe und die Grundzwecke der Reichsversicherung und über die Art ihrer Ausgestaltung in den verschiedenen Versicherungszweigen darstellen. Einbezogen ist auch die Reichsversorgung. In 13 Teilen ist der reiche Stoff übersichtlich so zusammengestellt, daß überall das für die verschiedenen Versicherungszweige Gleichartige oder Ähnliche oder Verschiedenartige klar hervortritt. Überall ist auf die gesetzlichen Vorschriften, vielfach auch auf Ausführungsbestimmungen, Mustersatzungen, Entscheidungen usw. hingewiesen. Ein gutes Sachregister nach der Buchstabenfolge schließt das Werk ab, dessen Urhebern man das Zeugnis nicht versagen kann, daß sie sorgfältige und wertvolle Arbeit geleistet haben.

Leitfaden für Versicherungsämter. Von Landesrat Seelmann. Fünfte verbesserte Aufl. Oldenburg 1921 bei Ad. Littmann. 182 Seiten. Preis 18 M.

Die vierte Aufl. dieses Buches war im Oktober 1914 erschienen (ArbVers. 1915 S. 621). Der Krieg und die Nachkriegsverhältnisse haben seitdem die Berücksichtigung zahlreicher neuer Verordnungen und Gesetze notwendig gemacht; denn wenn der Leitfaden über die Aufgaben der Versicherungsämter unterrichten und zur sachgemäßen Erfüllung dieser Aufgaben anleiten will, mußte er auch das materielle Recht und seine zahlreichen Änderungen durch die neuere Gesetzgebung berücksichtigen. Das hat der Verfasser gewissenhaft getan, und er konnte mit Recht im Vorwort sagen, „daß der Leitfaden jetzt wieder ein zuverlässiger Ratgeber für die Versicherungsämter ist".

Die Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung. Ges. v. 7. 12. 21, nebst den Ausführungsbestimmungen. Erläutert von Dr. Otto Wölz, Ministerialrat, und Dr. Lothar Richter, Referent im Reichsarbeitsministerium. Berlin 1922, Karl Heimanns Verlag. 68 Seiten. Preis 18 M.

Das wichtige Gesetz, dessen Vorschriften bei der Durchführung zahlreichen rechtlichen Zweifeln und praktischen Bedenken begegnen wird, ist hier von berufenen Kennern des Rechtsstoffs in klaren, zum Teil sehr eingehenden Anmerkungen erläutert, in denen vielfach auch auf einschlägige Bestimmungen anderer Gesetze, insbesondere aus dem Gebiete der Reichsversicherung, der Reichsversorgung, des bürgerlichen Rechts usw. einzugehen war. Eine Einleitung gibt Aufschluß über die gesetzgeberischen Motive der Notstandsmaßnahmen und ihrer Gestaltung als „reiner Fürsorgemaßnahmen", die gleichwohl nicht „Armenfürsorge" ist. Im Anhang sind die Ausführungsbestimmungen der Länder Preußen, Bayern, Sachsen, Württemberg und Baden, ferner das Gesetz über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung und Richtlinien für die Verwendung der Reichszuschüsse zur Unterstützung notleidender Kleinrentner mitgeteilt. Das Buch wird sich sehr bald als ein für die sachgemäße Durchführung des Gesetzes unentbehrliches Hilfsmittel erweisen.

Betriebsvereinbarung und Arbeitsordnung. Von Dr. Georg Flatow, Regierungsrat im Reichsarbeitsministerium. 73 Seiten. Preis 16 M.

Lücken im Arbeitsvertrage. Von Dr. iur. Hanna Katz. 163 Seiten. Preis 30 M.

Beide Arbeiten sind als Heft 1 und 2 der von Prof. Dr. Kaskel und Ministerialdirektor Dr. Sitzler herausgegebenen Reihe von Abhandlungen zum Arbeitsrecht erschienen. Die Herausgeber verweisen in einer Einführung darauf, daß die Rechtswissenschaft auf dem Gebiete des Arbeitsrechts sich erst in neuester Zeit zu regen begonnen, dabei aber sich im wesentlichen auf kommentarische und systematisch zusammenfassende Arbeiten beschränkt habe, während eine volle wissenschaftliche Durchdringung auch eingehende monographische Bearbeitung der Grundfragen des Arbeitsrechts und wichtiger Einzelfragen fordere. Für solche Arbeiten sei aber in den arbeitsrechtlichen Zeitschriften kein Raum; sie, soweit sie für Wissenschaft und Praxis wertvoll sind, der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, sei die Aufgabe der Schriftenreihe.

Das dankenswerte Unternehmen ist durch die vorliegenden zwei ersten Hefte trefflich eingeführt.

Beide Arbeiten zeichnen sich durch Gründlichkeit, scharfe Erfassung und Entwicklung der Grundbegriffe, durch verständnisvolle Berücksichtigung der praktischen Verhältnisse und Zwecke, denen alles Recht zu dienen bestimmt ist, durch reifes Urteil und klare Darstellung aus. Die Arbeit von Flatow definiert die Betriebsvereinbarung als die zwischen der Arbeitnehmerschaft (oder der Betriebsvertretung als ihrem Organ) und dem Arbeitgeber geschlossene Vereinbarung über die Regelung der allgemeinen Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmerschaft des Betriebes und behandelt weiterhin das Zustandekommen und den Bestand solcher Vereinbarungen zunächst im autonomen, dann im tarifgebundenen Betriebe, ferner die Wirkungen der Betriebsvereinbarung im Verhältnis einerseits der Arbeitnehmerschaft und anderseits des einzelnen Arbeitnehmers zum Arbeitgeber. — Hanna Katz prüft die Frage, ob die Bestimmungen eines Tarifvertrages herangezogen werden müssen oder können zur Ausfüllung von Lücken in einem Arbeitsvertrage sogenannter Außenseiter, d. h. solcher Berufsangehöriger, die weder als Kontrahenten noch als Angehörige eines kontrahierenden Verbandes an dem Tarifvertrage beteiligt sind. Die Untersuchung bedingt ein genaues Eingehen auf verwickelte Fragen des geltenden bürgerlichen Rechts, des neuen Arbeitsrechts und ihres Ineinanderwirkens, unter Berücksichtigung der sozialen Zwecke, denen zu dienen Aufgabe aller Rechtsregelung ist. Die gedankenreichen, durch Heranziehung reicher Literatur unterstützten Ausführungen führen zu dem Ergebnis, daß das allgemeine bürgerliche Recht eine mögliche und vollständige Lösung für die Ausfüllung von Lücken im Arbeitsvertrage sowohl an einem Tarifvertrage beteiligter wie ihm fernstehender Personen gibt.

Verwaltungsdienst der Reichsversicherungsträger, Praktisches Handbuch für neuzeitliche Geschäfts- und Kassenführung, von Friedr. Schönwald, Krankenkassen-Geschäftsführer in Düsseldorf. Bielefeld 1922, W. Bertelsmann Verlag. 426 Seiten, Preis 45 M.

Der Verfasser hat im Jahre 1914 unter dem Titel „Vereinfachter Geschäftsgang bei den Krankenkassen" ein Buch erscheinen lassen, dessen Zweck war, den Organen und Angestellten der Krankenkassen die Erfüllung ihrer Aufgaben und die Herstellung größerer Einheitlichkeit und Übersichtlichkeit bei der Krankenkassenführung zu erleichtern. Von diesem Buche konnte damals hier (1915 S. 45) gesagt werden: „Es bietet zu diesem Zwecke, neben einer Darstellung des Geschäftsganges in knapper Form, vor allem recht brauchbare Muster nicht nur für die Buch- und Rechnungsführung, sondern auch für den schriftlichen Verkehr mit Versicherten, Arbeitgebern, Behörden, Ärzten usw. Der Preis des Buches ist ein mäßiger. Die Anschaffung ist zu empfehlen." — Als eine Fortsetzung und Ausgestaltung der damaligen Arbeit stellt sich das jetzt vorliegende, auch die Geschäftsführung der Träger der Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung umfassende Buch dar. Danach stimmt das früher Gesagte nicht mehr ganz. Aus der „knappen Form" hat sich ein stattlicher Band im Lexikonformat entfaltet, und der Preis ist selbstverständlich erheblich — von 2,40 M. auf 45 M.! — gestiegen. Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung sind, um den Band (und den Preis!) nicht noch mehr anschwellen zu lassen, nur dürftig behandelt. Das Buch ist eben, nach wie vor, vor allem den Krankenkassen gewidmet. Hier ist aber der Stoff für die Behandlung im Verwaltungsdienst in der Tat reich vermehrt; insbesondere ist auch die Reichsversorgung einbezogen und ausgiebig ausgestattet. Überall ist die Behandlung der Sachen durch sachgemäße Beispiele und Muster anschaulich gemacht.

Reichsversicherungsordnung. Textausgabe mit den Ergänzungsbestimmungen, Verweisungen und alphabetischem Sachregister. Fünfte Aufl., herausgegeben von Regierungsrat Dr. Franz Eichelsbacher. München 1922 bei C. H. Beck. 521 Seiten. Preis geb. 45 M.

Es genügt, auf unsere Anzeige im Jahrg. 1921 S. 417 zu verweisen, wo die 4. Auflage dieses handlichen Buches empfehlend besprochen ist. Daß in so kurzer Zeit abermals eine neue Auflage notwendig geworden ist — in der noch die in der Zwischenzeit bis zum 15. 1. 22 eingetretenen Rechtsänderungen berücksichtigt sind — beweist, daß diese Handausgabe der RVO. in ihrer jetzt geltenden Gestalt einem wirklichen Bedürfnisse entgegenkommt. Daß in der kurzen Zeit der Preis von 20 auf 45 M. gestiegen ist, war gewiß eine unabweisliche Folge der immer bedenklicher fortschreitenden Geldentwertung, die wiederum die Mahnung enthält, die Anschaffung notwendiger Hilfsmittel nicht ohne zwingende Gründe hinauszuschieben.

Was muß jeder freiwillig Versicherte von der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wissen? Von Br. Ohmann, Verwaltungsinspektor bei der Landesversicherungsanstalt Sachsen. Zu beziehen vom Verfasser (Dresden). 48 Seiten. Preis 5 M.

Ein recht brauchbares Büchlein, das die wichtigsten Vorschriften für freiwillige Invalidenversicherung wörtlich mitteilt und ihre Bedeutung in leicht faßlichen Anmerkungen erläutert und durch gut gewählte Beispiele veranschaulicht.

Ratgeber für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Von Kontrollinspektor Quatmann in Oldenburg. Fünfte Aufl. Zu beziehen vom Herausgeber und Ad. Littmann. 37 Seiten. Preis 4 M.

In leichtverständlicher Form sind hier Fragen und Antworten so zusammengestellt, daß die Volkskreise, denen die Invalidenversicherung zu dienen bestimmt ist, sich bequem und verläßlich über das Wichtigste, was ihnen zu wissen nottut, unterrichten können. Daß das Büchlein in fünfter Auflage vorliegt, bezeugt seine Brauchbarkeit. Auch das Gesetz v. 7. 12. 21 über Notstandsmaßnahmen usw. ist bereits berücksichtigt.

Rezepttaschenbuch sparsamer Arzneiverordnungen für Privat- und Krankenkassenpraxis. Von Prof. Dr. Franz Müller und Oberapotheker A. Koffka. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1922 bei Georg Thieme. Preis 16,50 M.

Die beiden ersten Auflagen sind im Jahrg. 1920 S. 418 und 578 angezeigt worden. Wie sehr die Empfehlung berechtigt war, wird durch die Tatsache bestätigt, daß so bald wieder eine neue Auflage notwendig geworden ist.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Wiederholte Bestrafung wegen fortdauernder Nichtanmeldung. (§ 530 RVO.)

1. **Nach Eisleben.** Antwort: Wir halten die Auskunft im Heft 4 S. 64 Ziff. 6 aufrecht. Die abweichende Auskunft im Jahrg. 1915 S. 768 Ziff. 4 erachten wir durch die überzeugenden Ausführungen der Entsch. im Jahrg. 1919 S. 653 für überholt.

Versetzung eines Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe (§ 313 a RVO.).

2. **Nach Sch.** Antwort: Der neue § 313a des Gesetzes vom 28. 12. 21 (ArbVers. 1922 S. 39) gibt dem Kassenvorstand das Recht, unter gewissen Voraussetzungen „die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe auch ohne seine Zustimmung" anzuordnen. Eine Beschränkung je danach, wann die Weiterversicherung begonnen hat, wird nicht gemacht, und es wird nicht zwischen denen, die beim Inkrafttreten des Gesetzes, also am 1. Januar 1922, bereits weiterversichert waren, und denen, die sich erst später weiterversichert haben, unterschieden. Deswegen kann der Vorstand auch die älteren Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe versetzen. Es liegt auch kein sachlicher Grund vor, bezüglich dieser Personen die Rechte des Vorstandes zu beschränken. Zweifelhaft ist nur, ob der Weiterversicherte auch über die Klasse oder Stufe hinaus, der er beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte, versetzt werden kann. Hahn verneint diese Frage und beschränkt die Bedeutung des § 313 a Satz 2 auf die Fälle, in denen ein Übertritt in eine niedere Klasse oder Stufe stattgefunden hatte. Gegen diese Einschränkung ist aber von verschiedenen Seiten Widerspruch erhoben worden. Zu vgl. ArbVers. 1922 Heft 7 S. 108; dagegen auch Seidl in „DKK" 1922 Sp. 190 und Hoffmann in „LandKK" 1922 Sp. 121. Auch der RArbMin. hat in einem Besch. v. 17. 2. 22 („DKK" Sp. 173), unter Hinweis auf den Zweck der Vorschrift und ihre Begründung, die einschränkende Auslegung für nicht zutreffend erachtet.

Sterbegeld aus eigener Versicherung und auf Grund der Familienhilfe.

3. **Nach B.** Frage: Die bei uns freiwillig versicherte Ehefrau eines bei uns versicherten Kassenmitgliedes ist arbeitsunfähig erkrankt und bezog die Kassenleistungen durch 26 Wochen. Nach Ablauf der 26. Woche hat dieselbe die Familienbehandlung, welche bei unserer Kasse eingeführt ist, auf Grund der Versicherung ihres Ehemannes auf die Dauer von 13 Wochen in Anspruch genommen und ist kurz vor Ablauf der 13 Wochen verstorben. Da die Frau in der niedrigsten Klasse bei uns versichert gewesen ist, haben wir den Angehörigen das Sterbegeld nach dieser Klasse bezahlt, nachdem vom Arzt eine Bescheinigung beigebracht worden ist, daß die Todesursache mit der Krankheit, für welche sie bei uns für 26 Wochen ausgesteuert worden ist, im Zusammenhang steht. Nun machen die Angehörigen Anspruch auf das ihnen angeblich auf Grund der Familienversicherung zustehende Sterbegeld, welches ½ des Mitgliedersterbegeldes beträgt, mit der Begründung, daß in einem solchen Falle es in ihrer Wahl steht, auf das auf Grund der freiwilligen Versicherung zustehende niedrige Sterbegeld in Höhe von 50 M. zu verzichten und das Familiensterbegeld in Höhe von 1250 M. zu beanspruchen. Unserer Ansicht nach kommt Familiensterbegeld in dem strittigen Falle nicht in Betracht, da die Ehefrau selbst bei unserer Kasse versichert gewesen ist. Ist das richtig?

Antwort: Ihre Auffassung ist unrichtig. Maßgebend ist § 205b Ziff. 2 RVO. in der Fassung der Bek. v. 22. 5. 20. Dort ist nicht bestimmt, daß das Familiensterbegeld nur zu gewähren sei, wenn nicht der Verstorbene selbst mit Anspruch auf Sterbegeld versichert war; sondern es ist im Gegenteil der Anspruch auf das Familiensterbegeld auch in dem Fall als begründet anerkannt, wenn der Verstorbene selbst mit Anspruch auf Sterbegeld gesetzlich versichert war, und es ist nur dem doppelten Bezuge von Sterbegeld aus beiden Versicherungen vorgebeugt durch die Vorschrift, daß das Familiensterbegeld um den Sterbegeldbetrag zu kürzen ist, auf den der Verstorbene selbst gesetzlich versichert war.

Zur Wartezeit für Mehrleistungen nach § 208 Satz 1 RVO.

4. **Nach Berlin.** Frage: Ein Versicherter war bei unserer Kasse vier Monate als Angestellter bei einem Wandergewerbebetrieb und drei Monate ordentliches Mitglied, insgesamt also sieben Monate ununterbrochen. Es ist die Frage aufgetaucht, ob dieser Versicherte Anspruch auf die Mehrleistungen hat, die bei unserer Kasse nach einer Wartezeit von sechs Monaten gewährt werden. Es ist die Frage, ob die Mitgliedschaft als Wandergewerbetreibender auf die Wartezeit anzurechnen ist, da Wandergewerbetreibende nach unserer Satzung nur Anspruch auf die Regelleistungen haben und Ansprüche auf Mehrleistungen nie erwerben können. Hahn bemerkt im Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 208 Abs. 1 RVO.: „Auch der Anspruch auf die Mehrleistungen beginnt grundsätzlich mit der Mitgliedschaft, aber die Satzung kann ihn, und zwar gleichmäßig für versicherungspflichtige und freiwillig beitretende Mitglieder, durch Einführung einer Wartezeit bis zu 6 Monaten bedingen und befristen." Daraus kann man schließen, daß als Wartezeit für Mehrleistungen nur Mitgliedschaften rechnen, die nach einer bestimmten Zeit Anspruch auf Mehrleistungen auslösen, nicht aber solche, bei denen auch nach längerer Mitgliedschaft Mehrleistungen nicht eintreten können.

Antwort: Der von Ihnen aus der erwähnten Anmerkung gezogene Schluß ist nicht gerechtfertigt. Vielmehr ergibt sich aus dieser Anmerkung und aus der darin angezogenen Anm. 1 zu § 206, daß überhaupt und grundsätzlich jeder Anspruch auf Kassenleistungen mit der Mitgliedschaft entsteht, „soweit nicht die Kasse bei Versicherungsberechtigten oder hin-

sichtlich der Mehrleistungen von der Befugnis zu abweichender satzungsmäßiger Regelung nach §§ 207 bis 209 Gebrauch macht". Nach § 208 Satz 1 darf die Satzung bestimmen, daß der Anspruch auf Mehrleistungen der Kasse erst nach einer Wartezeit von höchstens sechs Monaten nach dem Beitritt entsteht. „Wartezeit" aber bedeutet lediglich eine Zeit, in der der Versicherte noch auf Gewährung von Leistungen warten muß; die Leistungspflicht der Kasse wird lediglich von einer bestimmten Dauer der Versicherung abhängig gemacht. Darüber aber, wie diese Versicherungsdauer beschaffen sein muß, um als Wartezeit zu gelten, schreibt das Gesetz nichts vor (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. 2196 Amtl. Nachr. 1916 S. 486, ArbVers. 1916 S. 637). Die Wartezeit aus § 208 Satz 1 RVO. wird daher auch erfüllt durch eine Mitgliedschaft, auf Grund deren der Versicherte nur Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse hatte.

Umsatzsteuer für Selbstabgabe von Heilmitteln durch Krankenkassen.

5. **Nach Neustadt a. d. Hardt.** Antwort: Wir haben keinen Zweifel, daß die Krankenkasse für Verbandmittel, die sie im großen bezieht und in Erfüllung ihrer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungspflicht aus §§ 182 ff. RVO. — also unentgeltlich — an die Berechtigten abgibt, keine Umsatzsteuer zu entrichten und keine Umsatzsteuererklärung abzugeben hat (§ 27 Ausf. Best. zum Umsatzsteuergesetz, ZtrBl. f. d. Deutsche Reich 1920 S. 937 ff.).

Zur Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung.

6. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Art. I Abs. 3 Ges. v. 13. 12. 21 über Änderung des Angest. Vers. G. (ArbVers. 1922 Heft 2 S. 25) besagt, daß, wenn jemand, der freiwillig versichert war, nunmehr wieder versicherungspflichtig geworden ist, die freiwilligen Beiträge als Pflichtbeiträge im Sinne des § 48 AVG. gelten; d. h. bei der Berechnung der Wartezeit werden die Monate der freiwilligen Versicherung als Pflichtbeitragsmonate behandelt. Nicht aber wird etwa nachträglich auf jene Zeit die Versicherungspflicht ausgedehnt. Es kann daher nicht davon die Rede sein, daß etwa der Arbeitgeber nachträglich Beitragsteile erstatten müßte.

Zur Krankenversicherung eines in der Landwirtschaft seines Vaters beschäftigten Kindes.

7. **Nach Varel.** Antwort: Man darf im vorliegenden Falle annehmen, daß der Landwirt seinen erst vierzehnjährigen Sohn in seiner Landwirtschaft auf Grund des Familienverhältnisses und nicht auf Grund eines versicherungsrechtlich wirksamen Arbeitsverhältnisses beschäftigt. Der Vater ist verpflichtet, dem Sohn Unterhalt zu gewähren (§ 1601 ff. BGB.). In Erfüllung dieser Pflicht gewährt er Kost und Verpflegung, also nicht, um den Sohn für seine Tätigkeit in der Landwirtschaft zu bezahlen. Anderseits ist nach § 1618 BGB. ein dem elterlichen Hausstand angehörendes Kind, solange es von den Eltern erzogen oder unterhalten wird, verpflichtet, in einer seinen Kräften und seiner Lebensstellung entsprechenden Weise den Eltern in ihrem Haushalte und Geschäfte Dienste zu leisten. Daß auf dem Lande ein Kind, das bei seinen Eltern lebt, diesen in der Wirtschaft hilft, ist ganz selbstverständlich. Deswegen ist die Krankenversicherungspflicht zu verneinen. Anders würde die Sache bei einem erwachsenen Sohn zu beurteilen sein, der sich seinen Lebensunterhalt auch außerhalb der väterlichen Wirtschaft durch seine Arbeitskraft beschaffen könnte (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 248). Daß etwa der Vater seinen Sohn für dessen künftigen Beruf vorbereitet, ihn also als Lehrling beschäftigt, dafür liegt kein Anhalt vor.

Krankengeld für Sonntage im Falle des § 214 RVO.?

8. **Nach Kirchhain.** Antwort: Die Grundlage für die Ansprüche aus § 214 RVO. bildet die Mitgliedschaft, die beim Ausscheiden des Versicherten aus der Kasse bestanden hat. Deshalb müssen die Regelleistungen in demjenigen Umfange gewährt werden, in welchem sie dem Versicherten zustehen würden, wenn er noch Mitglied wäre. Hieraus folgt, daß er das Krankengeld auch für Sonntage zu beanspruchen hat, wenn er während seiner Mitgliedschaft an Sonntagen zu arbeiten pflegte und daher auch für diese Tage im Falle der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld gehabt hätte. Zu vgl. ArbVers. 1916 S. 743 Ziff. 6a.

Fortdauer des Anspruchs auf Krankenhilfe trotz Erlöschens der Kassenmitgliedschaft.

9. **Nach Mannheim.** Antwort: Es ist anerkannt, daß durch die Erkrankung bei bestehendem Versicherungsverhältnisse der Anspruch auf Kassenleistungen nach §§ 182, 183 RVO. für die volle gesetz- oder satzungsmäßige Dauer entsteht und daß dieser Anspruch nicht dadurch berührt wird, daß in dieser Zeit die Kassenmitgliedschaft erlischt (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 2f zu § 183 und die dort angeführten Entscheidungen, sowie Entsch. des RVA. 2342 Amtl. Nachr. 1917 S. 462). Mithin hat auch der Handlungsgehilfe, der erweislich zu einer Zeit erkrankt ist, in der sein Arbeitsverdienst die Grenze der Pflichtversicherung nach § 165 Abs. 2 RVO. noch nicht überschritten hatte, Anspruch auf die vollen Leistungen der Kasse, insbesondere auch auf das satzungsmäßige Krankengeld, wenngleich die Arbeitsunfähigkeit erst eingetreten ist, nachdem das Gehalt über die Grenze von 15 000 M. hinaus erhöht worden war. Denn der den Anspruch auslösende Versicherungsfall ist nicht die Arbeitsunfähigkeit, sondern die Erkrankung.

Berechnung der Frist bei Krankheiten, die „länger als zwei Wochen" dauern (§ 191 Abs. 2 RVO.).

10. **Nach Erfurt.** Antwort: Es ist richtig, daß die Auskunft im Heft 8 S. 128 Ziff. 4 im Widerspruch steht mit der im Jahrg. 1918 S. 679 Ziff. 3 erteilten Auskunft. Wir müssen aber die neuere aus dem in ihr angegebenen, unseres Erachtens zwingenden Grunde aufrechterhalten.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1351 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. Mai 1922 | Heft 13

Die Reform der Sozialversicherung.

Von Regierungsdirektor Dr. Sonderhoff in Hamburg*).

Die Reform der Sozialversicherung ist ein Problem, das seit mehr als 30 Jahren Politiker, Sozialreformer, Theoretiker und Praktiker der Sozialversicherung, Volkswirtschaftler, Mediziner und Laien beschäftigt. Die folgenden gedrängten Ausführungen bezwecken selbstverständlich nicht, ein neues Projekt zu einem fundamentalen Umbau unserer gesamten Sozialversicherung in allen seinen Teilen zu entwickeln. Das Ziel kann und soll nur sein, eine Klärung der Gedanken vorzubereiten über die Richtungen und Ziele der Reform, also einen einführenden, kritischen und wegweisenden Überblick zu geben über die Prinzipienfragen der Reform. Die Reform der Sozialversicherung bedeutet für uns allerdings eine systematische Umbildung und Neuformung im Recht und Verwaltung der Sozialversicherung, nicht aber die nur den Nöten und Wünschen des Tages notdürftig genügende Ausbesserung einzelner Teile des Gebäudes oder das Aufsetzen eines neuen Stockwerkes ohne Prüfung, ob diese Änderungen und Erweiterungen auch dem Plane eines Gesamtumbaues, einer neuen Konstruktion und Gliederung des Bauwerks sich einfügen. Bis jetzt sind alle Einzel- und Teilreformen, wie auch die Schöpfung neuer Versicherungseinrichtungen vorgenommen worden, ohne daß ihnen ein solcher Grund- und Gesamtplan zugrunde lag. Zweimal schon in diesen dreißig Jahren, die seit dem ersten schrittweisen Aufbau der Kranken-, Unfall- und Invaliden- und Altersversicherung in den 80er Jahren verflossen sind, sind große Anläufe unternommen worden, um einen Gesamtumbau durchzuführen, im Anfang der 90er Jahre der erste und in den Jahren 1903 bis 1911 der zweite. Das erste Mal blieb die Reformbewegung schon in dem Stadium theoretischer Erörterungen stecken, die zweite kräftigere und nachhaltigere Bewegung führte zur Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, die doch auch nur ein Fiasko der Bestrebungen zur Durchführung einer grundlegenden Reform bedeutet.

Von neuem ertönt jetzt der Ruf nach der Reform. Trotz aller Enttäuschung und Ernüchterung oder vielmehr gerade deswegen blieb die Idee einer Hauptreform stark und lebendig. Nichts ist also natürlicher, als daß in der ersten sturmbewegten Zeit der inneren Umwälzungen in Staat und Gesellschaft, in Wirtschaft und Recht die neue Volksregierung sich berufen fühlte, diese Idee zu verwirklichen. So hat der damalige Ministerpräsident Bauer in einer großen Programmrede vor der Nationalversammlung am 23. Juli 1919 auch die große Reform der Sozialversicherung bereits für die nächste Zeit angekündigt. Freilich in der damaligen Zeit größter Not, hochfliegender Pläne und tiefer Rat- und Mutlosigkeit war die Regierung sich nicht klar darüber, was sie unternahm und versprach. Aber lassen Sie uns daran denken, daß auch in der früheren Zeit ruhigen und gesicherten

*) Nach einem Vortrag im Versicherungswissenschaftlichen Verein in Hamburg.

Staatslebens ein so ernster und gewissenhafter Fachminister des Innern, wie es Graf Posadowsky war, in einer Programmrede vom 2. März 1905 sich die Aufgabe setzte, „die drei großen Versicherungszweige in eine einheitliche Form zusammenzufassen". Freilich äußerte er Zweifel an dem Gelingen dieses großen Werkes, das, wie er sagte, fast die Allmacht und Kraft eines Diktators beanspruchte und die vertrauensvolle Beschränkung des Reichstages auf die Prüfung der Grundformen unter Verzicht auf die Bestimmung der Einzelheiten. Aber trotz dieser Zweifel an seiner Kraft und an großzügiger Mitarbeit des Parlamentes verkündigte auch er den festen Entschluß, „mutig an eine solche große Reform heranzugehen". Das Resultat war bekanntlich die Reichsversicherungsordnung, ein Paragraphenwust.

Wird es wieder so werden? Fast scheint es so. Zweifellos ist bei der Reichsregierung der Wille zur Tat wieder gelähmt. Im Dezember 1920 hat freilich der Reichsarbeitsminister den Entschluß, nun ans Werk zu gehen, im Reichs-Arbeitsblatt aller Welt verkündet. In dieser Kundgebung werden auch schon manche Prinzipienfragen der Neugestaltung mit großer Zurückhaltung und Vorsicht mehr angedeutet als berührt. In der Negation ist man klarer. Die Beseitigung des Versicherungssystems und sein Ersatz durch eine allgemeine Staatsbürgerversorgung nach australischem Muster wird abgelehnt. Nur eine Ergänzung der Versicherungsbeiträge durch größere Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln wird als denkbar bezeichnet, freilich nicht ohne Hinweis auf die Finanznot des Staates. Die Notwendigkeit einer Ersparnis an der übergroßen Kostenlast der Verwaltung der Versicherungen durch Vereinfachung der Verwaltungsorganisation wird anerkannt. Als dringender und wichtiger jedoch wird die Vereinheitlichung und Vereinfachung des materiellen Rechtes zur Beseitigung von Unstimmigkeiten in den verschiedenen Versicherungszweigen bezeichnet, die Sorge für ein zielbewußtes Zusammenarbeiten der Versicherungsträger und die Vertiefung und Ausgestaltung der fürsorgenden und schadenverhütenden Tätigkeit. Zur Vorbereitung der Reformarbeit, die also zunächst auf eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des materiellen Rechtes unter Fortbestand der allgemeinen Rechtsgrundlagen der deutschen Sozialversicherung gerichtet ist, wollte das Ministerium alsbald eine vergleichende Übersicht über die Grundzüge des materiellen Rechtes für alle Versicherungszweige herausgeben. — Diese Übersicht ist erst kürzlich erschienen. Die Fülle der täglichen Sorgen und großen neuen Aufgaben dringlichster Art, mit denen das Ministerium belastet ist, muß naturgemäß den Reformwillen hemmen, und so ist es kein Wunder, daß die Schwungkraft des ersten Entschlusses aus dem Jahre 1919 bereits erlahmt ist.

Nicht von der Regierung aber dürfen wir, darf der demokratische Staat tatenlos das große Geschenk der Reform erwarten. Wenn nicht eine große Reformbewegung die weitesten Kreise des Volkes ergreift, wenn nicht das Volk selbst von der Notwendigkeit einer grundlegenden Reform durchdrungen wird, der Reformgedanke also von einer großen geistigen Strömung getragen wird, so wird diese Reform ebenso in Flick- und Stückwerk versanden wie die früheren, wird wieder nutzlos Zeit und Kraft vertan. Eine solche volkumfassende Strömung aber besteht noch nicht. Wohl ist die Unzufriedenheit in allen Kreisen mit den bestehenden Zuständen groß; es fehlen aber die klaren Ziele, die einfachen Gedanken, die allein eine einheitliche kraftvolle Bewegung schaffen können. Diese herauszuarbeiten, volkstümlich die Forderungen zu gestalten und zu begründen, ist die Aufgabe der reformerischen Einzelpersönlichkeiten, der führenden Männer in Wissenschaft und Praxis der Sozialversicherung und der Sozialpolitik überhaupt. Sie gilt es zunächst auf den Plan zu rufen und zusammenzuführen zu gemeinschaftlicher Arbeit.

Das ist der Weg, den zunächst ein kleinerer Kreis von Sozialpolitikern aus dem Bezirk der Versicherungswissenschaft gewiesen hat, unter ihnen auch der Vorsitzende des versiche-

rungswissenschaftlichen Vereins in Hamburg, Professor Bruck, besonders aber der Privatdozent und Augenarzt Dr. Kuffler, dessen packende Schrift („Gedanken zur Neuregelung der Reichsversicherungsordnung") wohl die erste fruchtbare Anregung gegeben hat. Veranlaßt durch ihren Aufruf zur Sammlung der Geister trat nunmehr auch die „Gesellschaft für soziale Reform" unter Führung ihres hervorragenden, jetzt leider dahingeschiedenen Vorsitzenden, Professor Ernst Francke, auf den Plan und übernahm im Verein mit dem „deutschen Komitee für internationale Sozialversicherung" und der „Sozialversicherungsgruppe des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft" die Führung. Im Dezember 1919 rief Professor Francke eine „Arbeitsgemeinschaft für Neuordnung der Sozialversicherung" ins Leben. In der ersten Vollsitzung am 1. März 1920 wurde ein Arbeitsplan umfassender Art aufgestellt, in dem mehrere Hauptprobleme, etwas unklar freilich, bezeichnet wurden. Ein Unterausschuß zur Prüfung des Grundsystems der Versicherung wurde gebildet, der im Juli 1920 sich mit dem australischen und dem schwedischen System der Versorgung oder Versicherung beschäftigte. Dann trat das Problem der Arbeitslosenversicherung in den Vordergrund. Ein weiterer Ausschuß beriet im November 1920 darüber. Seine Richtlinien lenkten im Verein mit gleichgerichteten Interessen der Länder und Gemeinden den ersten Entwurf der Regierung in eine andere Bahn. Im Dezember erging dann die erwähnte Mitteilung des Reichsarbeitsministeriums über den Entschluß zur Aufnahme der Arbeit. Das Einzige, was aus dem Verlauf dieser Arbeit freilich bekannt geworden ist, ist außer der jetzt erschienenen Übersicht eine kürzlich vorgelegte Denkschrift der Regierung über die Frage der Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung, eine Materialsammlung, die der sozialpolitische Ausschuß des Reichstages anläßlich eines Regierungsentwurfes zur Abänderung des Angestelltenversicherungsgesetzes gefordert hatte. Vorher hatte bereits das Bureau der Gesellschaft für soziale Reform einen Entwurf über die Zusammenlegung der beiden Rentenversicherungen in der Sozialen Praxis veröffentlicht. Die Arbeitsgemeinschaft und ihre Ausschüsse haben weiteres von ihrer Arbeit bisher nicht hören lassen.

Dies ist der jetzige Stand der Reformfrage. Ein dem Reichstag vorliegender Entwurf zur Abänderung der Reichsversicherungsordnung hat mit dieser großen Reform nichts zu tun. Die Vorlage beschränkt sich auf eine zusammenhanglose Änderung von Einzelvorschriften zur Vereinigung des Rechtsstoffes von den unübersichtlichen und überlebten Notordnungen der Kriegs- und Nachkriegszeit. Von einschneidenden Änderungen und systematischen Neuordnungen sieht der Entwurf geflissentlich ab, „um die Arbeiten für den geplanten Gesamtumbau nicht zu stören". In der Hauptsache soll das Hausgewerbe wieder in die Kranken- und Invalidenversicherung einbezogen und dessen Versicherung zweckmäßiger und umfassender geregelt werden.

Hauptprobleme der neuen Reformbewegung sind zum Teil die alten Fragen, die seit Jahrzehnten immer wieder aufgestellt und hin- und hergewendet werden. Aber auch neue Probleme haben die Notordnungen in der Sozialversicherung der Kriegs- und Nachkriegszeit und die Wandlungen in Wirtschaft und Recht, vor allem in politischen Grundanschauungen aufgerollt. Das erschwert ja so außerordentlich die Lösung der praktisch-verwaltungstechnischen Einzelfragen, daß die Ziele der Reform durch wirtschaftliche, ethische, soziale Grundanschauungen, durch politische Machtstrebungen, nicht zu sprechen von den persönlichen Interessen einzelner Gruppen, bestimmt werden, daß also der Widerstreit der Welt- und Lebensanschauungen und der politischen Grundansichten das Problem verwirrt.

Dies zeigt sich vor allem bei der ersten, neuen Prinzipienfrage. Soll das System der Versicherung aufgegeben werden zugunsten des

Systems der allgemeinen beitragslosen Staatsbürgerversorgung? Der Gedanke der allgemeinen Staatsbürgerversorgung hängt zusammen mit der Idee der Sozialisierung des Versicherungswesens, geht aber weit darüber hinaus, indem das Grundprinzip der Versicherung, die Einrichtung einer besonderen auf Gegenseitigkeit beruhenden wirtschaftlichen Anstalt, vollkommen verlassen wird und an ihre Stelle ein System der Staatsversicherung gesetzt wird, die allen Angehörigen der Bevölkerung unter bestimmten Voraussetzungen zugute kommt, und aus allgemeinen Staatsmitteln gespeist wird. Diese Einrichtung würde also der jetzigen Versorgung der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen entsprechen. Auch die jetzige Notregelung der Zulagen zu den Renten aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung nach dem Gesetz vom 7. Dezember 1921 würde auf diesen Weg führen. Ideal und Muster ist die als „australisches System" bezeichnete Versorgung der Greise und Invaliden in den australischen Staaten nach dem Bundesgesetz des Jahres 1908. Dort erhalten Altersrenten Männer über 65, Frauen über 60 Jahren, Invalidenrenten dauernd Arbeitsunfähige vom 16. Jahre ab, ohne Unterscheidung der Invaliditätsursache. Bedingung ist dreijährige Staatsangehörigkeit und Wohnsitz in Australien seit mehr als 25 Jahren (!). Weitere Voraussetzungen sind guter Leumund, Würdigkeit und Bedürftigkeit. Als Leistungen werden nur fest begrenzte gleiche Geldrenten bis zu 32½ £ = 650 Mark jährlich gegeben mit der Maßgabe, daß Rente und Einkommen zusammen höchstens 58½ £ = 1170 Mark jährlich betragen dürfen. Wenn sonstige Einnahmen und Vermögen einen Nettokapitalwert von 310 £ bzw. wenn Löhne und sonstiges Einkommen 58½ £ jährlich überschreiten, wird eine Rente nicht gewährt. Der Höchstbetrag der Rente beträgt also 12½ sh. wöchentlich.

Dieses System bedeutet offenbar nichts anderes als eine Rückkehr zur allgemeinen Armenfürsorge in ganz bürokratisch-schematischer Form, über welche die deutsche individualisierende Armenfürsorge weit erhaben ist. Sie würde alle ethischen Werte der Versicherung vernichten, einen sozialen Rückschritt darstellen, übrigens auch wegen ihrer außerordentlichen Geldlasten für das deutsche Volk undurchführbar sein.

An dem Prinzip der Versicherung müssen wir unbedingt festhalten. Eine weitere Frage aber ist, ob zur Vereinheitlichung der Versicherungen der verschiedenen Art der radikalste Weg einer allgemeinen Volksversicherung mit Beiträgen von jedermann einzuschlagen ist. Hierfür wird auf das Vorbild der schwedischen Invaliditäts- und Altersversicherung nach dem Gesetz von 1913 hingewiesen. Sie umfaßt mit Ausnahme der pensionsberechtigten Beamten das ganze Volk im Alter von 16 bis 67 Jahren (3,4 von 6 Millionen der Bevölkerung). Kinder unter 16 Jahren können freiwillig versichert werden. Die Versicherten, in drei Einkommensklassen von über 500, 800 und 1200 Kr. eingeteilt, zahlen Jahresbeiträge in Form eines Grundbeitrages nebst klassenweise abgestuften Zuschlägen, die zusammen in Klasse I 5 Kr., in Klasse II 8 Kr., in Klasse III 13 Kr. betragen. Die Versicherten können Zuschußprämien bis zu 100 Kr. jährlich leisten. Von einem Arbeitsverhältnis ist die Versicherung nicht abhängig. Die Arbeitgeber zahlen keine Beiträge. Die erforderlichen großen Zuschüsse zahlen Staat und Gemeinden. Die Beiträge werden mit den Steuern eingezogen. Nach dem Voranschlag für 1921 ist das Prämiensoll auf 20 Millionen Kr., die Summe der Zuschüsse auf 34½ Millionen Kr. veranschlagt. Es werden nur Renten gewährt bei Invalidität und beim Alter von 67 Jahren. Die Renten richten sich nach der Zahl und Höhe der Beiträge, also nach dem Prinzip der steigenden Renten. Es werden Grundbeträge von 30 v. H. der Beiträge bei Männern, 24 v. H. bei Frauen gewährt; außerdem Staatszuschüsse von 150 Kr. für Männer, 140 Kr. für Frauen; aber ein sonstiges Einkommen über 300 Kr. bzw. 283 Kr. wird angerechnet. Dazu kommen noch prozentuale

Steigerungssätze nach dem Wert der geleisteten Beiträge, schließlich noch feste Kinderzuschüsse von 75 Kr., die bei höherem Familieneinkommen als 583 Kr. um sechs Zehntel gekürzt werden. Träger der Versicherung ist eine Reichs-Pensionsanstalt. Als Hilfs-, Festsetzungs- und Kontrollorgane dienen in den Gemeindebezirken von den Gemeinden bestellte Kommissionen. Ein gerichtliches Streitverfahren gibt es nicht. Der Anstaltsvorstand ist Beschwerde- und letzte Instanz.

Wir haben hier also eine äußerst einfache, um nicht zu sagen rohe Form einer im wesentlichen von den politischen Körperschaften durchgeführten Volks-Leibrentenversicherung vor uns. Die Versicherten sind nur Objekt, nicht mitwirkende Glieder einer Versicherungsgemeinschaft. Alle Klassen des Volkes gehören ihr an. Die Vorzüge dieser Art der Versicherung liegen in der Einfachheit und Sparsamkeit der Verwaltung, die durch den Wegfall der vielen besonderen Organisationen mit eigenem Verwaltungsapparat und der besonderen Spruchinstanzen bedingt ist, ferner in der einfachen Erfassung aller Bürger über 16 Jahre nach drei Einkommensklassen. Aber vom Standpunkt der fortgeschrittenen deutschen Sozialreform muß diese einfache Versicherungsform doch sicherlich abgelehnt werden. Die Ausdehnung der Sozialversicherung auf die durch beträchtlichen Kapitalbesitz oder hohe Einnahmen gesicherten Kreise der Bevölkerung ist nicht zu rechtfertigen und für das verarmte deutsche Volk finanziell unmöglich. Nur die wirtschaftlich schwächeren Volksteile bedürfen auch staatlicher oder gesellschaftlicher Fürsorge. Die deutschen Versicherten werden ferner die Selbstverwaltung und den starken Rechtsschutz nicht hingeben wollen für den Vorteil der Kostenersparnis. Eine zentrale Reichsanstalt und die Gemeinden oder Gemeindeverbände würden niemals fähig sein, die wertvolleren Aufgaben der Heilfürsorge, der Erwerbsfürsorge, der Schadensverhütung so auszubauen und durchzuführen, wie es die Versicherungsträger bei zielbewußtem Zusammenwirken der beteiligten Berufskreise vermögen. Man muß an die überwiegende Zahl der mittleren und kleineren Gemeinden denken, um sich das klar zu machen und die Unmöglichkeit der Übertragung der Verwaltung der Sozialversicherung auf die Gemeinden, die Träger der Armenlasten, zu erkennen. Vor allem ist aber zu bedenken, daß nur die Pensionsrentenversicherung in dieser einfachen Weise durchgeführt werden kann, daß dagegen die Unfallversicherung eine wesentlich kompliziertere Technik der Bedarfsdeckung nach Gefahrklassen und Lohnsummen erfordert, daß hier das Hauptgewicht auf durchgreifende Heilfürsorge und wirksame Unfallverhütung zu legen ist, Aufgaben, die wohl nur die Gemeinschaftsarbeit der beruflich verbundenen Unternehmer und Arbeiter lösen kann. So ist auch in Schweden die Unfallversicherung nach deutschem Muster organisiert. Zweifellos übersteigt die Durchführung der Krankenfürsorge die Kräfte der Gemeinden. Schließlich wird man in Deutschland nicht auf die Mitarbeit der Unternehmer und nicht auf ihre unmittelbare Beteiligung an den Lasten der Sozialversicherung verzichten können.

(Fortsetzung folgt.)

Zum Streit um die Invalidenversicherung der Büroangestellten.

I. Das Büropersonal des Kaufmanns.

Ein Nachtrag von Landesrat Helms in Lübeck.

Seit Erscheinen meiner Abhandlung im Heft 10 S. 145 ff. hat sich die Sachlage insofern geändert, leider aber nicht geklärt, als das Oberversicherungsamt Hamburg mit Beschluß vom 28. März der Entscheidung des Versicherungsamts beigetreten ist. In der Sache selbst will ich mit dem OVA. hier nicht rechten, zumal da seine Gründe zur eigentlichen Streitfrage keinerlei neue Gesichtspunkte bringen und eine wirk-

lich kritische Auseinandersetzung mit dem Problem vermissen lassen. Das OVA. begnügt sich, unter Hinweis auf die kaufmännische Vorbildung der vom Streitfall betroffenen Versicherten und auf die geistigen Anforderungen der Stenographie, sie für Handlungsgehilfen zu erklären. Den Antrag auf Abgabe an das Reichsversicherungsamt umgeht das OVA. mit der reichlich kühnen Behauptung, die Voraussetzungen der Abgabe (§ 1459 Abs. 2) kämen gar nicht in Betracht, es handle sich lediglich darum, die tatsächlichen Verhältnisse eines Sonderfalls mit den gesetzlichen Vorschriften in Einklang zu bringen. Dabei entgeht dem OVA. völlig, daß die Aufgabe eben war, diese gesetzlichen Vorschriften zu klären, festzulegen, wie weit der Kreis der kaufmännischen Dienste reicht, die den Angestellten zum Handlungsgehilfen machen, und daß es im Grunde doch mit seinen ganzen Ausführungen dazu Stellung nimmt, ohne die Rechtsfrage als solche zu erörtern. Der Sache hat das OVA. damit wenig gedient, denn seine Entscheidung bedeutet nur neuen Aufschub bis zur Klärung, längere Ungewißheit und Unsicherheit für die beteiligten Kreise. Oder glaubte das OVA. Hamburg die Frage etwa autoritativ entscheiden zu können? Auch bei stärkerer Begründung würde sein Spruch den des RVA. nicht ersetzen können, den herbeizuführen hoffentlich trotzdem bald gelingt.

II. Gehilfe oder Angestellter?*)

Von Clara Mleinek in Berlin.

Seit einiger Zeit wird versucht, nachzuweisen, daß die Büroangestellten der Invalidenversicherungspflicht unterliegen, auch wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2000 M. übersteigt.

Landesrat Seelmann (hier, Heft 8) erblickt die Gehilfeneigenschaft darin, daß nur Hilfe unter fremder Leitung geleistet wird. Die Angestellteneigenschaft erkennt er solchen Personen zu, denen ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen ist, innerhalb dessen sie in der Hauptsache nach eigenem Ermessen und auf eigene Verantwortung zu handeln haben. Dieser Begriffsbestimmung muß widersprochen werden. Die eigene Verantwortung ist kein Maßstab. Das Wort „Angestellter" bezeichnet nicht einen Grad, sondern eine Gruppe, die viele Grade umfaßt. Man würde der Schwierigkeiten viel leichter Herr werden, wenn man das mehrdeutige Wort „Gehilfe" aus dem Zusammenhange, in dem es steht, erklären würde. In Nr. 1 § 1226 RVO. heißt es: „Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten." Der Gehilfe, der hier gemeint ist, gehört zweifellos zu den Handarbeitern. Er hat mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit nichts zu tun.

Die Büroangestellten sind einbegriffen in Nr. 2. Allerdings ist hier von Betriebsbeamten, Werkmeistern und „anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung" die Rede. Das Erfordernis der „gehobenen Stelle" kann freilich zu Mißverständnissen führen. Gemeint ist aber zweifellos nur die Tätigkeit als Angestellter gegenüber der Tätigkeit eines Arbeiters. Das geht schon daraus hervor, daß „die Angestellten in ähnlich gehobener Stellung" keine anderen sind als „die sonstigen Angestellten" im alten Invalidenversicherungsgesetz. Die sonstigen Angestellten bezeichneten dort lediglich Personen, die eine ähnliche Tätigkeit ausübten wie die Handlungsgehilfen. Die Eigenschaft des Handlungsgehilfen ist aber abhängig vom kaufmännischen auf Erwerb gerichteten Betrieb. Die „sonstigen Angestellten" sind nicht nur ein versicherungsrechtlicher, sondern auch ein arbeitsrechtlicher Begriff. Sie unterliegen nicht wie die Gehilfen der Gewerbeordnung, nicht wie die Handlungsgehilfen dem Handelsgesetzbuch, sondern dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Die Änderung in der RVO. ist auf

*) Anmerkung der Schriftleitung: Wir geben diesen Ausführungen gern Raum, da sie Erwägenswertes in sachlicher Form vorbringen; aber wir wollen nicht verschweigen, das wir der Verfasserin im Ergebnis und in wesentlichen Punkten der Begründung nicht beitreten können.

den Wunsch nach Übereinstimmung mit dem Versicherungsgesetz für Angestellte zurückzuführen. Seelmann hat nicht ganz recht, wenn er sagt, daß die besondere Aufzählung der Büroangestellten im VGfA. erfolgt sei, um die Versicherungspflicht auf weitere Kreise auszudehnen, sondern sie geschah lediglich, um die Durchführung der für diese Kreise von vornherein geplanten Versicherung sicherzustellen. Die Folge hat gezeigt, wie berechtigt diese Vorsorge gewesen ist.

Es fehlt sowohl in der RVO. als auch im VGfA. an einer klaren Begriffsbestimmung des Angestellten. Sie kann nicht gegeben werden, weil die Entwicklung ständig neue Gruppen von Angestellten schafft. Die Büroangestellten waren aber in ihrer Zahl und in ihrer Organisation stark genug, sich die Anerkennung ihrer Angestelltenversicherungspflicht durch besondere Hervorhebung im Gesetz zu erringen. Es geht nun nicht an, diese Angestelltengruppe, die zu den Nr. 2 bis 5 in § 1226 RVO. gehört, in zwei Hälften zu spalten, von denen die eine ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe invalidenversicherungspflichtig bleibt. Daß die einzelnen im Gesetz genannten Bezeichnungen von versicherungspflichtigen Personenkreisen keine soziale Wertung ausdrücken wollen*), hat Seelmann selbst in seiner Darstellung über „die deutsche Angestelltenversicherung" (Moderne kaufmännische Bibliothek 1913) sehr zutreffend zum Ausdruck gebracht. Nach ihm werden unter den Angestellten in ähnlich gehobener Stellung sowohl Privatsekretäre und Redakteure wie Fleischbeschauer und Kinderfräulein zusammengefaßt.

Es ist aber erst recht nicht angängig, nicht nur die Büroangestellten in versicherungspflichtige und nicht versicherungspflichtige zu scheiden, sondern auch dieselbe Spaltung bei den Handlungsgehilfen zu versuchen, wie es Landesrat H e l m s (hier, Heft 10) tut. Wenn er sagt, daß die Frage der Handlungsgehilfeneigenschaft für die soziale Versicherung besonders gestellt und beantwortet werden muß — nicht im Zusammenhang mit der zivilrechtlichen Seite der Frage —, so kann ich dabei auch nicht folgen. Ein gut Teil der Unsicherheit auf dem Gebiete des gesamten Arbeitsrechts, von dem das Recht der sozialen Versicherung ein Teil ist, und das mangelnde Vertrautsein mit dem Recht und damit das Vertrauen zur Rechtsprechung rühren von dieser zwiespältigen Beurteilung her. Weil die Invalidenversicherung nicht nur Handlungsgehilfen, sondern auch andere Angestellte umfaßt, hat sie noch lange kein Recht, die Frage nach der Eigenschaft als Handlungsgehilfe nach andern Gesichtspunkten zu beurteilen wie das ordentliche oder berufliche Gericht. Wir haben gerade schon genug Rechtszersplitterung, weil nach dem jetzt noch geltenden Recht in erster Linie nicht die Art, sondern der Ort der Tätigkeit für die Rechtsstellung des Arbeitnehmers entscheidend ist. Es ist oft genug als Fortschritt begrüßt worden, daß die Angleichung der Rechtsstellung sozial gleichstehender Gruppen auf dem Gebiet der sozialen Versicherung entwickelt und gefördert worden ist. Nun wollen wir uns davor hüten, daß das Gegenteil geschieht. Die hochentwickelte Arbeitsteilung hat manche Mängel im Gefolge. Diese würden ins Unerträgliche gesteigert werden, wenn man die kaufmännische Tätigkeit, die etwas Einheitliches ist, bis ins kleinste zerfasern und die eine für Handlungsgehilfentätigkeit, die andere für Gehilfen-, d. h. Arbeitertätigkeit, ansehen würde. Es kommt auch nicht gerade häufig vor, daß ein junges Mädchen d a u e r n d Prozentsätze ausrechnet, um den Buchhalter zu unterstützen. Und wenn sie es tut, dann ist das gerade so ein Teil der kaufmännischen Tätigkeit wie die Eintragung in die Bücher. Würde man Helms folgen, dann käme man notwendig dazu, in den Großbetrieben mit weitgehender Arbeitsteilung überhaupt die Eigenschaft des Handlungsgehilfen zu verneinen, vielleicht mit Ausnahme weniger Abteilungsleiter. Und doch sollen auch die Angestellten, die heute nur Prozentsätze ausrechnen, morgen

*) Zu vgl. hiermit die Zuschrift hier Heft 9 S. 140 nebst unserer Bemerkung dazu S. 141.

ebensogut etwas anderes tun und übers Jahr vielleicht sich von anderen die Prozentsätze ausrechnen lassen.

Und noch ein Wort über die „mechanische" Tätigkeit des Stenotypisten, der Stenotypistin. Wie oberflächlich hier geurteilt wird, das zeigt am besten die Bemerkung von Seelmann, daß Abschreibearbeiten nach Diktat mechanische Dienstleistungen sind. Wo fängt das Mechanische an, und wo hört es auf? Vom Büroangestellten, vom Handlungsgehilfen wird verlangt, daß er zum Unterschied vom Handarbeiter, der für den Beruf andere Kenntnisse nötig hat, richtig schreiben kann. Ein Abschreiben nach Diktat gibt es nicht, sondern nur ein Schreiben nach Diktat oder Abschreiben nach Vorlage. Und wenn die Tätigkeit noch so einfach ist, sie erfordert doch Denken oder — wenn das Mechanische wirklich zutreffen soll — volle Beherrschung der Sprache. So einfach ist die Sache aber in der Regel nicht. Bei jedem Diktat kommen Unebenheiten vor, die zu glätten sind. Die Zeichensetzung, die gefällige Einteilung eines Schriftstücks, das alles geht über den Begriff des Mechanischen hinaus. Und die Stenotypistin, die Briefe stenographisch aufnimmt und auf der Maschine überträgt, soll auch, wenn sie selbst mit der Einkaufs- oder Verkaufshandlung nichts zu tun hat, nicht mechanisch arbeiten, und sie tut es auch nicht. Wie oft soll gerade sie sich an etwas erinnern, wie oft ist sie verantwortlich für eine Menge von kleinen Dingen, jedes für sich unscheinbar und doch im ganzen äußerst wichtig für den gesamten Betrieb. Theoretisch gibt es gewiß „mechanische" Arbeit, praktisch kaum. Die Tatsache, daß es in jedem Beruf Vertreter gibt, die den Durchschnittsanforderungen nicht genügen, rechtfertigt nicht, einzelne Personen oder gar Personengruppen rechtlich anders zu behandeln. Das sind Fragen der Wirtschaft, nicht des Rechts, Dinge, die ihre Ordnung finden zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, wobei sich Versicherungsfachleute nicht zu bemühen brauchen.

Wir haben den Begriff des Handelshilfsarbeiters, und wir sprechen auch schon vom Bürohilfsarbeiter. Da ist die Grenze im einzelnen manchmal auch strittig, im ganzen aber klar gezogen. Jedenfalls bedarf es keines besonderen Scharfsinns, um zu erkennen, daß die Scheuerfrau, die in einem Büro Reinigungsarbeiten verrichtet, Scheuerfrau bleibt, also mit Büroangestellten nicht verwechselt werden kann.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 2 der Amtl. Nachr. vom 20. Februar 1922.)

I. Unfallversicherung.

Die auf Bedienen der Gäste gerichtete Tätigkeit der Kellner ist nicht „Behandlung und Handhabung der Waren" im Sinne des § 537 Ziff. 11 RVO. (Großer Senat. 3098 S. 162).

Rekurs ist nicht nach § 1700 Ziff. 3 RVO. ausgeschlossen, wenn es sich um Ruhen der Rente eines Verletzten nach § 615 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. während eines begrenzten und bereits abgelaufenen Zeitraums bei dauernder Erwerbsunfähigkeit handelt (3090 S. 163).

Rekurs ist nicht nach § 1700 Ziff. 2 RVO. ausgeschlossen, wenn es sich um Ruhen der Rente eines Verletzten nach § 615 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. handelt, die dem Verletzten zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichts rechtskräftig entzogen ist (3091 S. 164).

1. Art. 18 des Abkommens zwischen dem Deutschen Reich und Italien über Arbeiterversicherung v. 31. 7. 12 (RGBl. 1913 S. 171 und 1920 S. 1577), wonach Zustellungen, die den Lauf von Fristen bedingen, an Italiener mit bekanntem Aufenthalt im Deutschen Reich durch Vermittlung der italienischen Konsularbehörde erfolgen müssen, schließt die Rechtswirksamkeit jeder anders gearteten Zustellung aus. — 2. Die Ausschlußfrist des § 1548 RVO. gehört zu den „Verjährungs-, Ausschluß- und Verfallfristen", deren Lauf nach Art. 300a des Friedensvertrages für die Kriegsdauer gehemmt war (3092 S. 165).

Die Reichsausführungsbehörde für Unfallversicherung ist vom 1. 4. 21 ab als Ausführungsbehörde für die zum Geschäftsbereiche des Reichswehrministers

gehörenden, der Unfallversicherung unterliegenden Betriebe, für die das Deutsche Reich Träger der Versicherung ist, auf verfassungsmäßigem Wege bestellt worden und daher im Rahmen ihrer Zuständigkeit zur Vertretung des Reichs befugt (3093 S. 166).

Die Vorschrift des § 923 Abs. 3 Satz 2 RVO., daß als Facharbeiter auch die Gehilfen und Gesellen gelten, die eine fachmäßige Lehr- und Ausbildungszeit durchgemacht haben, läßt Ausdehnung des Begriffs auf andere als die in Gesetz und Satzung aufgezählten Arbeitergruppen nicht zu, will vielmehr nur außer Zweifel stellen, daß neben den selbständigen Angehörigen auch die unselbständigen Gehilfen und Gesellen dieser Gruppen zu den Facharbeitern gehören (3094 S. 167).

Wenn beim Betriebsübergange selbst ein Entschädigungsanspruch noch nicht wirksam geworden war, nach dem Beginne der gesetzlichen Entschädigungspflicht dem Verletzten aber zunächst für einige Wochen die Vollrente, sodann laufend eine Teilrente von 15 v. H. gewährt worden ist, so gilt als übergehende Rentenlast der dreifache Jahresbetrag der erstmalig festgesetzten Rente, mithin der Vollrente (3095 S. 168).

Für den Anspruch eines berufsgenossenschaftlichen Angestellten auf Gehalt während einer unverschuldeten Dienstbehinderung (z. B. durch Einziehung zum Kriegsdienst) ist die Dienstordnung maßgebend, soweit ihr nicht andere gesetzliche oder zulässige vertragliche Bestimmungen vorgehen. Wird in solchem Falle bei einem kündbar Angestellten zur Auslegung der Dienstordnung § 616 BGB. ergänzend herangezogen, so wird der Begriff „einer verhältnismäßig nicht erheblichen Zeit" nach oben durch die Kündigungsfrist bestimmt. Hat die Behinderung länger gedauert, kann der Angestellte aus § 616 überhaupt keinen Anspruch herleiten. Wieweit hinter der so bestimmten Grenze zurückzubleiben ist, hängt im Einzelfalle von der Gesamtlage der Beteiligten, insbesondere vom zeitlichen Verhältnis der geleisteten Arbeit zur nichtgeleisteten ab. Bei einem unkündbar Angestellten gelten diese Leitsätze entsprechend (3096 S. 169).

Das Reichsversicherungsamt ist zur Entscheidung vermögensrechtlicher Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis eines Genossenschaftsbeamten, der vor dem 1. 1. 13 in den Ruhestand versetzt ist, nicht zuständig (3097 S. 172).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Wenn die Spruchkammer des Oberversicherungsamts während der Beratung und Beschlußfassung, die sich an die mündliche Verhandlung anschließen, die eine Partei abtreten läßt, der andern aber die Anwesenheit im Sitzungssaal, wo die Beratung stattfindet, gestattet, so liegt ein Verstoß gegen § 34 Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren der OVA. vom 24. 12. 11 und ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor (Großer Senat. 2683 S. 179).

Die Zahl der für die Gewährung des Krankengeldes maßgebenden Arbeitstage bestimmt sich nach den Verhältnissen zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls; zu vgl. Rev. Entsch. 2342, Amtl. Nachr. 1917 S. 462 (2684 S. 181).

Formale Versicherung nach § 315 RVO. ist nur begründet, wenn die Kasse während dreier Monate seit Anmeldung des Versicherungspflichtigen Beiträge für mindestens drei Monate ohne Beanstandung angenommen hat (2685 S. 182).

Regelmäßige Zuziehung eines Mitglieds des Betriebsrats der Krankenkasse zu den Vorstandssitzungen ist nach § 11 RVO. unzulässig (2686 S. 184).

Zuziehung eines Angestellten der Krankenkasse zu den Sitzungen des Vorstandes zur Unterstützung des Schriftführers ist im allgemeinen zulässig (2687 S. 185).

Eine Anordnung des Versicherungsamts, daß die Krankenkasse Akten von gewissem Umfang nur geheftet einzureichen habe, ist unzulässig (2688 S. 187).

Die aus einem Tarifvertrage folgende Anrechnung von Ruhegehalt oder Hinterbliebenenbezügen berührt nicht die Grenze der Versicherungspflicht nach dem 2. Buche der RVO. (2689 S. 187).

Vorzeitige Abmeldung eines Versicherungspflichtigen durch den Arbeitgeber ist nach § 530 Abs. 2 RVO., nicht nach Abs. 1 strafbar (2690 S. 189).

Zuständig zur Verhängung von Strafen aus § 1495 RVO. ist nicht das im § 1785 a. a. O. bezeichnete Versicherungsamt, sondern das des Tat- oder Wohnorts gemäß §§ 7, 8 RStrPrOrdg. (2691 S. 190).

B. Zur Krankenversicherung.

Ernennung zum Beamten mit Rückwirkung begründet Versicherungsfreiheit (§ 169 RVO.) nicht für die Vergangenheit.

Entscheidung des Versicherungsamts Hamburg vom 24. März 1922 (619/22 K.).

Der bei dem Handelsstatistischen und Freihafenamt Hamburg tätige Antragsteller wurde mit dem 1. 12. 21 zum außerplanmäßigen Beamten ernannt und daraufhin bei der Krankenkasse abgemeldet. Diese erhob bis zum genannten Tage Beiträge. Damit ist der Antragsteller nicht einverstanden, weil sein Dienstalter als außerplanmäßiger Beamter nachträglich auf den 15. 12. 20 zurückdatiert worden sei. Nur bis dahin sei er daher versicherungs- und beitragspflichtig gewesen. Er verlangte Rückzahlung der Beiträge für die Zeit über den 15. 12. 20 hinaus. — Diesen Anspruch hat das Versicherungsamt abgewiesen aus folgenden Gründen:

Das Versicherungsverhältnis des Antragstellers bestand so lange, bis seine Ernennung zum außer-

planmäßigen Beamten beschlossen wurde. Die Behörde kann zwar beamtenrechtlich der Anstellung zum Beamten rückwirkende Kraft insofern beilegen, als das Besoldungs- und Pensionsdienstalter auf einen früheren Zeitpunkt zurückverlegt wird. Das kann aber nicht die Wirkung haben, daß dadurch auch auf anderen Rechtsgebieten die früheren Rechtsverhältnisse nachträglich geändert werden. Die Rückdatierung der Ernennung zum Beamten ist eine Fiktion. Sie bedeutet tatsächlich nur, daß der Beamte so behandelt werden soll, als wenn er bereits früher ernannt wäre. In der Krankenversicherung ist aber diese beamtenrechtliche Möglichkeit und Übung nicht zulässig. Tatsächlich war der Antragsteller vorher noch nicht Beamter, hatte auch nicht die Versorgungsrechte der Beamten und war daher versicherungspflichtig, bis ihm durch Beschluß seiner Behörde die Beamtenrechte verliehen wurden, die Voraussetzung seiner Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. sind. Bis dahin war der Angestellte als solcher versicherungspflichtig und zu Recht versichert. Die Kasse mußte für ihn eintreten und hat ihm und seiner Familie das Versicherungsrisiko getragen. Reichsrechtlich erscheint es daher grundsätzlich unzuträglich, daß landes- und beamtenrechtliche Verwaltungsakte die auf Grund des Reichsgesetzes entstandenen und bestehenden Versicherungsverhältnisse mit ihren Wirkungen rückwirkend wieder aufheben. Es erscheint also reichsrechtlich unmöglich, anzuerkennen, daß die Beamteneigenschaft und die darauf beruhende Gewährleistung der Versorgungsansprüche i. S. der §§ 169—171 und der §§ 1234, 1237, 1242 RVO. das Versicherungsverhältnis rückwirkend über den Tag hinaus nachträglich wieder aufheben können, an welchem dem Beamten diese Anwartschaften tatsächlich verliehen sind. — Für das Recht der Krankenversicherung gilt dieser Grundsatz in besonderem Maße. Haben dort doch kraft ausdrücklicher Vorschrift des § 318 Abs. 3 RVO. auch Lohnänderungen, die das Versicherungsverhältnis ändern, erst von der nächsten Beitragszahlung ab Rechtswirksamkeit. Um so mehr sind rückwirkende Lohnerhöhungen ohne Einfluß auf den früheren Bestand des Versicherungsverhältnisses (vgl. Entsch. des RVA. v. 21. 12. 18, Amtl. Nachr. 1919 S. 291). Wenn das schon von den meist weniger einschneidenden Lohnänderungen gilt, so muß die Rückwirkung vollends ausgeschlossen sein, wenn es sich wie hier, um Änderungen des Anstellungsverhältnisses handelt, die die Versicherung überhaupt erlöschen lassen.

Zur formalen Krankenversicherung nach § 315 (§ 213) RVO.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. November 1921 (2685 Amtl. Nachr. 1922 S. 182)

Nach § 315 RVO. hat eine Kasse, wenn sie für einen Versicherungspflichtigen nach vorschriftsmäßiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat, ihn, solange sich sein Beschäftigungsverhältnis nicht ändert, als Mitglied mindestens bis zu dem Tage anzuerkennen, wo der Kassenvorstand ihn oder seinen Arbeitgeber schriftlich an eine andere Kasse verweist. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift würden im vorliegenden Falle erfüllt sein, wenn es zutrifft, daß die Klägerin für die Haushälterin Sp. „drei Monate die Beiträge angenommen" hat. Über die Bedeutung dieser Worte hat sich das Reichsversicherungsamt bereits in der Revisionsentsch. 2109 (Amtl. Nachr. 1915 S. 759) bei der Auslegung des in dieser Beziehung gleichlautenden § 213 RVO. ausgesprochen. Danach genügt es nicht, wenn die Kasse „für" einen Zeitraum von drei Monaten Beiträge entgegennimmt; die Annahme der Beiträge muß vielmehr „während" eines mit der Anmeldung beginnenden Zeitraums von drei Monaten erfolgt sein, um eine formale Versicherung zu begründen. An dieser Auffassung wird auch bei Auslegung des § 315 RVO. festgehalten. Damit ist aber nicht gesagt, daß es ausschließlich auf den Zeitraum ankomme, währenddessen Beiträge entrichtet worden sind. § 315 und § 213 sind Ausnahmevorschriften, die, abweichend von der allgemeinen Regel, Begründung und Wirkungen eines Versicherungsverhältnisses nicht von den materiellen Voraussetzungen des Beschäftigungsverhältnisses abhängig machen, sondern diese Wirkungen unter gewissen Bedingungen bereits an die äußerliche, wenn auch nur scheinbar zu Recht bestehende Form eines Versicherungsverhältnisses anknüpfen. Derartige Ausnahmevorschriften sind zugunsten desjenigen, dessen Recht sie beeinträchtigen, in engem, über ihren klar erkennbaren Inhalt nicht hinausgehendem Sinne auszulegen. Unter diesem Gesichtspunkte muß zur Annahme einer formalen Versicherung nach § 315 verlangt werden, daß die Kasse, deren regelmäßige Befugnisse dadurch eingeschränkt werden, in möglichst ausgiebigem Maße Gelegenheit gehabt haben muß, die Rechtmäßigkeit des Versicherungsverhältnisses, in diesem Falle ihre Zuständigkeit, nachzuprüfen. Dazu ist einmal ein gewisser Zeitraum (nach dem Gesetze drei Monate) seit der äußerlichen Entstehung des Versicherungsverhältnisses, d. h. seit der Anmeldung des Versicherten erforderlich. Der bloße Ablauf einer gewissen Zeit wird aber dem Bedürfnis eines Schutzes der Kasse gegen sachlich ungerechtfertigte Ansprüche nicht hinlänglich gerecht, wenn in diesem Zeitraum nicht eine ausreichende Gelegenheit zur Nachprüfung des Sachverhalts zur Verfügung steht. Als eine derartige Gelegenheit sieht das Gesetz nach den §§ 315, 213 die Entgegennahme der Beiträge an. Die Entstehung eines formalen Versicherungsverhältnisses ist daher an die ununterbrochene, wiederholte Annahme der Beiträge gebunden. Der darin obwaltende Zweckgedanke würde aber nur unvollkommen erfüllt,

der Schutz der Kasse stark an Sicherheit verlieren und von dem zufälligen, häufig verspäteten Eingang der Beiträge abhängen, wenn nicht eine bestimmte Mindestzahl von Beiträgen, die unbeanstandet entgegengenommen sein müssen, vorgesehen wäre. Daher ist anzunehmen, daß § 315 die in ihm enthaltene Fristbestimmung zu der Beitragsannahme dergestalt in Beziehung setzen will, daß in einem Zeitraum von mindestens drei Monaten seit der Anmeldung mindestens für drei Monate Beiträge angenommen worden sein müssen, um die Wirkung einer formalen Versicherung zu zeitigen...

Ruhen der Unfallrente wegen Verbleibens in dem an Polen abgetretenen Gebiete.

Rek. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 19. Juli 1921 (Ia 670/21).

Das Rekursgericht hat der Auffassung des Oberversicherungsamts nicht beitreten können. Der Kläger ist als Sohn des Landwirts Josef K. in Altlaube, Kreis Lissa, am 7. März 1901 dortselbst geboren. Er ist somit noch minderjährig und nach den maßgebenden Vorschriften des § 8 BGB. ohne den gesetzlichen Willen seines gesetzlichen Vertreters nicht fähig, selbständig einen Wohnsitz zu begründen oder aufzugeben. Gemäß § 11 a. a. O. teilt er den Wohnsitz des Vaters. Da dessen Wohnsitz schon vor dem 1. Januar 1908 Altlaube war, und dieses ehemals deutsche Gebiet durch den Friedensvertrag von Versailles an Polen abgetreten worden ist, hat der Kläger nach Artikel 91 Abs. 1 des Friedensvertrages mit dem Inkrafttreten des Friedensvertrages, d. i. mit dem 10. Januar 1920, die polnische Staatsangehörigkeit unter Verlust der deutschen Reichsangehörigkeit erworben. Diese Wirkung des Friedensvertrages ist somit bereits eingetreten, obschon gemäß Abs. 3 a. a. O. bis zum 10. Januar 1922 dem Kläger noch das Recht zusteht, durch Erklärung bei der zuständigen Behörde sich für die Zuständigkeit zum Deutschen Reich zu entscheiden. Von diesem Optionsrecht hat der Kläger, oder sein Vater, wie er selbst angibt, noch keinen Gebrauch gemacht. Er ist somit polnischer Staatsangehöriger und damit Ausländer im Sinne des § 615 Abs. 1 Nr. 3 RVO. geworden. Dabei ist es ohne rechtliche Bedeutung, ob dies mit oder gegen seinen Willen geschehen ist. Das Reichsversicherungsamt kann im Gegensatz zum Oberversicherungsamt den Aufenthalt des Klägers in dem jetzt an Polen abgetretenen Gebiet nicht als unfreiwillig ansehen, wenn auch zutreffen mag, daß sich seiner Übersiedlung nach Deutschland erhebliche, durch die polnischen Verhältnisse bedingte Schwierigkeiten entgegenstellen würden. Es muß dem Kläger überlassen bleiben, in den vorgeschriebenen Formen von seinem Optionsrecht Gebrauch zu machen und damit die deutsche Reichsangehörigkeit wieder zu erlangen. Solange er dies nicht getan hat, ruht die ihm für die Folgen seines Unfalls vom 8. April 1918 gewährte Rente auf Grund des § 615 Abs. 1 Nr. 3 RVO.

Anmerkung: Das RVA. ist hiernach dem hier 1921 S. 481 ff. von Reuscher unternommenen Versuche, eine mehr der Billigkeit als dem strengen Recht entsprechende Auffassung zu rechtfertigen, nicht gefolgt.

C. Zur Militärversorgung.

Eine aus Leichtsinn begangene Übertretung eines militärischen Verbots schließt den Anspruch auf Versorgungsgebührnisse nicht aus.

Urteil des Reichsversorgungsgerichts v. 14. Juni 1921 (Entsch. 2 S. 70).

Das angefochtene Urteil entspricht zunächst nicht den Anforderungen, wie sie durch § 90 der Bestimmungen des Reichsarbeitsministers vom 18. 2. 19 (RGBl. S. 217) gegeben sind. Danach soll das Urteil außer der Urteilsformel und einer gedrängten Darstellung des Sachverhalts unter Hervorhebung der Anträge (Tatbestand) auch Entscheidungsgründe enthalten. Von Entscheidungsgründen kann man hier aber kaum sprechen, da das Gericht mit keinem Worte angegeben hat, auf welche Erwägungen es seine Entscheidung stützt. Eine solche Entscheidung widerspricht sowohl den bestehenden Bestimmungen, wie auch den berechtigten Interessen der Parteien, die ein Recht darauf haben, zu erfahren, von welchen Erwägungen sich das Gericht hat leiten lassen. Es mag aber dahingestellt bleiben, ob das Urteil des Militärversorgungsgerichts schon mit Rücksicht hierauf aufgehoben werden müßte. Jedenfalls kann es sachlich nicht gehalten werden. § 3 Abs. 2 des MVG., wonach eine vom Verletzten vorsätzlich herbeigeführte Gesundheitsstörung nicht als Dienstbeschädigung gilt, steht dem Anspruch nicht entgegen. Der Kläger hat außerordentlich fahrlässig und leichtfertig gehandelt, er hat sich aber die Gesundheitsstörung nicht vorsätzlich beigebracht. Fahrlässigkeit schließt jedoch den Anspruch auf Versorgung selbst dann nicht aus, wenn sie mit der Übertretung eines militärischen Verbots einhergeht (zu vgl. von Olshausen-Dorn, Versorgungsansprüche S. 19). Es ist also unabhängig hiervon zu prüfen, ob eine Dienstbeschädigung vorliegt. Die Tätigkeit, bei der der Kläger die Verletzung erlitten hat, war als solche keine dienstliche Tätigkeit. Anderseits war er zu der Zeit, als ihn der Unfall betraf, insofern im Dienst, als er im Unterstand in der Gefechtsstellung lag.

Es erscheint daher nicht unzulässig, auch in einem solchen, mit eigenem Verschulden verknüpften Fall einen „Unfall während der Ausübung des Dienstes" im Sinne des § 3 Abs. 1 des MVG. anzunehmen. Im übrigen aber sind auch dem Militärdienst eigentümliche Verhältnisse für den Eintritt der Dienstbeschädigung ursächlich gewesen. Es ist zu berücksichtigen, daß die Soldaten vielfach mit Explosivstoffen und dergleichen in Berührung kamen, daß sie durch die täglichen Gefahren abgestumpft, durch das Einerlei des Dienstes auf das Bedürfnis nach Ablenkung und Abwechslung hingeführt wurden. Diese in der Natur des Militärdienstes und namentlich auch des eigentlichen Kriegsdienstes liegenden Verhältnisse haben also wesentlich dazu beigetragen, daß der Kläger in so leichtfertiger Weise mit dem Zünder umging. Eine Kriegsdienstbeschädigung liegt demnach vor, der Versorgungsanspruch ist somit begründet.

Rückstände von Militärrenten verjähren in vier Jahren. Die Verjährung ist nur auf Einrede zu berücksichtigen.

Urteil des **Reichsversorgungsgerichts** v. 5. Juli 1921 (Entsch. 2 S. 74).

... Eine dem § 29 Abs. 3 RVO. entsprechende Vorschrift, wonach der Anspruch auf Leistungen der Versicherungsträger in vier Jahren nach der Fälligkeit verjährt, besteht im Militärversorgungsrecht zwar nicht. Aber man muß annehmen, daß es nicht im Sinne des Gesetzgebers gelegen haben kann, die Ansprüche auf Rückstände von Militärrenten ohne jede Zeitschranke zuzulassen, daß vielmehr der Mangel einer ausdrücklichen Gesetzesvorschrift nur so gedeutet werden kann, daß ergänzungsweise die Vorschriften des bürgerlichen Rechtes Platz zu greifen haben (zu vgl. Revisionsentsch. 1511, Amtl. Nachr. des RVA. 1910 S. 644). Aus diesen Erwägungen würde anzunehmen sein, daß die Rückstände von Militärrenten nach § 197 BGB. in vier Jahren verjähren. Im vorliegenden Fall wäre der Lauf der Verjährungsfrist gemäß § 209 a. a. O. durch den Antrag vom 28. März 1919 unterbrochen, so daß nur die Rentenrückstände aus der Zeit vor dem 28. März 1915 verjährt wären. Die Verjährung kann aber nicht von Amts wegen berücksichtigt werden, weil es Grundsatz des bürgerlichen Rechts ist, daß die Verjährung nur auf Einrede zu berücksichtigen ist, und ein öffentliches Interesse nicht entgegensteht, diesen Grundsatz auch auf dem Gebiet des Militärversorgungsrechts anzuwenden (zu vgl. Revisionsentsch. 2510, Amtl. Nachr. des RVA. 1919 S. 281). Da hier der Verjährungseinwand von dem Beklagten nicht erhoben worden ist, steht also der Feststellung des Rentenanspruchs mit Wirkung vom 1. November 1914 an nichts im Wege.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Keine Pauschgebühren als Portokostenerstattung in Spruchsachen.

Durch den hier 1921 S. 508 abgedruckten Erlaß preußischer Minister v. 6. 6. 21 war, im Einverständnis mit dem Reichsversicherungsamte, bestimmt worden, daß die im § 59 Abs. 2 RVO. vorgesehene Portokostenerstattung durch die Versicherungsträger in Form der Zahlung einer Pauschgebühr von 4 M. für jede Spruchsache zu erfolgen hat. Bedenken gegen die gesetzliche Zulässigkeit dieser Anordnung waren nicht abzuweisen. Insbesondere hat der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften Verwahrung gegen den Erlaß eingelegt, und die Norddeutsche Textilberufsgenossenschaft hat in einem Falle Beschwerde nach § 97 Abs. 2 der Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter erhoben und Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt zur grundsätzlichen Entscheidung nach §§ 1799, 1693 RVO. beantragt. Die Entscheidung hat sich aber dadurch erübrigt, daß der beanstandete Ministerialerlaß durch einen neueren Erlaß v. 23. 1. 22 aufgehoben worden ist, so daß die Portokosten wie früher im einzelnen zu berechnen und einzuziehen sind.

Von neuen Wegen zur Heilung der Tuberkulose

handelt ein wohl der Beachtung werter Aufsatz des Facharztes Dr. W. Bergmann in Andernach im „Rheinischen Boten" v. 29. 3. 22. Der Verfasser beschäftigt sich mit der Frage der Nutzbarmachung der St. Thomas-Anstalt als Erholungsheim für in der Heilung begriffene Tuberkulosekranke und will zu diesem Zwecke die Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen sowie alle an der sozialen Fürsorge Interessierten zur Stellungnahme und gemeinsamen, tatkräftigen Arbeit anspornen. Der Gedanke dürfte gerade jetzt von besonderem öffentlichen und sozialen Interesse sein, weil die Stadtverwaltung von Andernach Schritte vorbereitet, die zu einer vollen Nutzbarmachung des Anstaltsgeländes in finanzieller und wirtschaftlicher Hinsicht führen sollen.

Der Verfasser, dessen Ausführungen wir nur im Auszuge wiedergeben, geht von der während langjähriger ärztlicher Heilstättentätigkeit gewonnenen Erfahrung aus, daß die auf dem besten Wege der Ausheilung befindlichen Patienten nach Ablauf der Kurzeit wieder ins Erwerbsleben und solche Verhältnisse zurück müssen, in welchen schlechte Ernährung, unhygienische Lebensweise und der Kampf ums Dasein aufs neue ihr verderbliches Spiel beginnen. Leider wird in nicht wenigen Fällen der schöne Kurerfolg dadurch illusorisch. Nach zwei oder drei Jahren kämen gar manche Patienten wieder, aber in verschlimmertem Zustande. Solche Erfahrungen hätten in dem Verfasser den gewiß von anderen Heilstättenärzten geteilten Wunsch entstehen lassen, es möchte einen Heilfaktor geben, der zwischen Heilstättenkur und Erwerbsleben eingeschaltet würde. Der hohe Wert der Heilstätten im Kampfe gegen die Tuberkulose sei ja unbestritten, aber warum sollte

man das Gute nicht zum Besseren und Besten vervollkommnen? Zur Zeit biete sich dazu eine Gelegenheit wie höchstwahrscheinlich nie wieder. Es werden nämlich die erforderlichen Gebäulichkeiten frei, um 600 Insassen aufzunehmen. Ein großer ausgezeichneter Landwirtschaftsbetrieb ist angegliedert. Es ist gedacht, daß die dort Aufzunehmenden sich in erster Linie aus solchen Heilstättenpfleglingen rekrutieren, von welchen anzunehmen ist, daß ihre auf bestem Wege begriffene Heilung unter günstigen Lebensbedingungen zur vollkommenen Ausheilung sich entwickeln werde. In der geplanten Anstalt sollen erwerbsfähig entlassene Heilstättenpfleglinge Beschäftigung finden und so selbst verdienen, was Aufenthalt und Ernährung in der Anstalt kosten. Der Überschuß des Verdienstes soll ihnen verbleiben. Die Arbeit, welche die Anstaltsinsassen zu leisten haben, soll ihren Verhältnissen angepaßt sein. Auch müssen die Gegenstände, welche in der Anstalt angefertigt oder an welchen Arbeiten vorgenommen worden sind, vor dem Verlassen der Anstalt ohne Schaden gewissen Prozeduren unter Umständen unterworfen werden können. Da im Rheinlande eine sehr vielseitige Industrie ist, so dürfte es nicht allzu schwer fallen, mit Hilfe der Handels- und der Handwerkskammern solche Beschäftigungen ausfindig zu machen, welche sich für die Anstaltszwecke am besten eignen, so daß es niemals an Arbeit für die Anstaltsinsassen gebricht.

Die Beköstigung soll selbstverständlich die denkbar beste sein und möglichst nahrhafte und schmackhafte Speisen in möglichst großer Abwechslung bieten. Von dem Umstande, daß die Anstalt in einer Stadt am Rhein liegt und noch dazu da, wo das Rheinpanorama mit das Schönste vom ganzen Stromgebiete aufweist, darf man sich eine ganz besondere Anziehungskraft versprechen. Auch sonst soll den Insassen der Anstalt das Leben so angenehm wie nur denkbar gestaltet werden. Die Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen, im übrigen sollen die Anstaltsinsassen nach getaner Arbeit Herren ihrer Zeit sein. Nicht der geringste Zwang soll ihnen auferlegt werden. Selbstredend müssen gewisse Grenzen, deren Überschreitung der Gesundheit verderblich ist, gezogen sein. Nach Feierabend können Spaziergänge und an Sonn- und Feiertagen Ausflüge in die Umgebung gemacht werden. In der Anstalt selbst sollen durch musikalische Abendunterhaltungen und sonstige angenehme Zerstreuungen Frohsinn und Heiterkeit erweckt werden. Das ganze Leben in der Anstalt soll so gestaltet werden, daß die Anstaltsinsassen sich ihres Aufenthaltes gern erinnern. Dann werde bald der Ruf der Anstalt so ausgezeichnet sein, daß die 600 Plätze dem Aufnahmebegehren nicht mehr genügen. Einer beliebigen Vergrößerung der Anstalt stehe aber nichts im Wege. Im Etat der Versicherungsträger würden sich die Vorteile sehr bald bemerkbar machen: manche zweiten und dritten Heilstättenkuren würden dann nicht mehr nötig sein. Und dadurch, daß viel mehr Fälle zur Ausheilung gelangen als bisher, scheidet eine Anzahl Infektionsquellen aus, und es werden dadurch die Ziele der Tuberkulosebekämpfung ungemein gefördert. Alle Landesversicherungen und Krankenkassen dürften Anlaß haben, so schnell wie möglich zu dem Plane Stellung zu nehmen. Die Anstalt nebst dem großen Anstaltsbetriebe laufe, da das investierte Kapital nicht lange brach liegen könne, Gefahr, zu anderen Zwecken verkauft zu werden, und es sei mit der Befürchtung zu rechnen, daß das gesamte Anwesen bei dem traurigen Stande unserer Valuta in ausländische Hände gerate. Dann würde es auf unabsehbare Zeit nicht möglich sein, einen solchen Heilfaktor, welcher schon längst Bedürfnis ist, zwischen Heilstättenkur und Erwerbsleben einzuschalten.

Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen für Groß-Berlin und Provinz Brandenburg.

Der Vereinigung gehören nach dem Jahresberichte für 1921 42 Berufsgenossenschaftsverwaltungen an. — Über die Arbeit der Vereinigung in ihrem zweiten Geschäftsjahr entnehmen wir dem Bericht folgendes:

Das mit dem Verband der Krankenkassen Groß-Berlin unterm 30. November 1920 geschlossene Übereinkommen zur Vereinheitlichung und Durchführung des Heilverfahrens bei Unfällen ermöglichte es den Mitgliedern, die Frühübernahme des Heilverfahrens in größerem Umfange als bisher durchzuführen. Nach einer für die Zeit vom 1. 1. 21 bis 30. 9. 21 für Berlin von 28 Mitgliedern vorgelegten Statistik sind in dieser Zeit von diesen Mitgliedern insgesamt durchschnittlich etwa 14 v. H. aller gemeldeten Unfälle vor Ablauf der 13. Woche übernommen worden, und in etwa 15 v. H. der dann noch verbleibenden Unfälle wurde auf Grund eines eingeforderten Arztattestes festgestellt, daß die Übernahme des Heilverfahrens nicht erforderlich war. Im Dezember 1921 ist das Abkommen auf das Jahr 1922 mit einigen Abänderungen verlängert worden. Besondere Rücksicht war hierbei auf eine verbesserte Durchführung der Heilfürsorge für die Versicherten zu nehmen. Mit dem Verband der Betriebskrankenkassen Berlin-Brandenburg E. V. und mit den brandenburgischen Krankenkassenverbänden schweben ebenfalls Verhandlungen auf Überleitung des Berliner Abkommens zur Vereinheitlichung und Durchführung des Heilverfahrens bei Unfällen. — Der hiermit im Zusammenhange stehenden Frage der Errichtung berufsgenossenschaftlicher Ambulatorien und besonderen Fachausbildung von Ärzten für das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren in der Provinz wandte die Vereinigung besonderes Interesse zu. Inzwischen sind von den daran meistinteressierten Berufsgenossenschaften neue Behandlungsstätten in der Provinz geschaffen und weitere verbesserte Heilungsmöglichkeiten in Vorbereitung genommen worden. — An der Regelung der ärztlichen Honorare ist die Vereinigung sowohl im Reiche wie vor allem in Berlin im Benehmen mit dem im Jahre 1920 für wirtschaftliche Fragen gegründeten ärztlichen Verein für Unfallheilkunde beteiligt gewesen. Auch ist die Vereinigung mit den zuständigen Stellen zwecks Beteiligung an der Festsetzung der Richtpreise für orthopädische Schuhe und Apparate in Fühlung getreten. Doch schweben hier noch die Verhandlungen. — Durch Vereinbarungen der Arbeitsgemeinschaft von Reichsversicherungsträgern Groß-Berlins wurde den Mitgliedern der Vereinigung, welche ihrerseits Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, der Bezug von Instrumenten, Verbandstoffen, Wäsche usw. aus Heeresbeständen zu ermäßigtem Preise ermöglicht. Dem gleichen Zweck dienen auch die Rabattverträge jener Arbeitsgemeinschaft mit verschiedenen Privatfirmen. Überhaupt war die Vereinigung stets bestrebt, die an die Mitglieder unter der heutigen Preissteigerung gestellten Anforderungen durch geeignete Vereinbarungen auf ein möglichst geringes Maß zu beschränken. — Um die während der Kriegs- und Nachkriegszeit ein-

gestellte Ausbildung von Betriebshelfern wieder aufzunehmen, bildete die Vereinigung in Gemeinschaft mit den Organisationen des Roten Kreuzes und unter Zuziehung eines Vertreters des Reichsversicherungsamtes einen neuen Berlin-Brandenburgischen Ausschuß für das Zusammenwirken der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiet der ersten Hilfe. Die Ausbildung liegt wie früher in den Händen von Ärzten des Roten Kreuzes. Die Geschäftsstelle des Ausschusses ist der Vereinigung angegliedert. Die Ausbildungskurse haben bereits begonnen. — Auf Grund einer Verfügung des Reichsarbeitsministeriums hat sich die Vereinigung an den Vorschlägen für die Neufestsetzung der Ortslöhne ab 1. Januar 1922 beteiligt und dabei im allgemeinen mit Erfolg auf die Ansetzung eines einheitlichen Ortslohnes für die Provinz hingewirkt. Der gleiche Standpunkt einheitlicher Regelung ist bei der Neufestsetzung des Wertes der Sachbezüge eingenommen worden, was ebenfalls Beachtung gefunden hat. Die im einzelnen vorgeschlagenen Sätze haben, sehr zum Vorteil vieler Versicherten, sichtlichen Einfluß sowohl auf die Gestaltung des Ortslohns wie der Sachbezüge ausgeübt. — Dem Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung ist durch freiwillige Beiträge der Mitglieder der Vereinigung eine finanzielle Unterstützung gewährt; auch ist eine Ausarbeitung über berufsgenossenschaftliche Tätigkeit zur Verwertung bei den nächsten Vorträgen bereitgestellt worden. — An der Gründung der Arbeitsgemeinschaft der Versicherungsträger und Wohlfahrtseinrichtungen der Provinz Brandenburg zu Beginn des vergangenen Jahres hat die Vereinigung mitgewirkt, gehört ihr als Mitglied an und ist in dem Vorstand durch Herrn Verwaltungsdirektor Kahle vertreten. — Die Fürsorge für Schwerunfallverletzte auf Grund der von der Vereinigung aufgestellten Richtlinien wurde von den Mitgliedern nach den eingegangenen Meldungen mit Erfolg fortgesetzt. Leider fehlt noch immer die Veröffentlichung der zwischen dem Reichsarbeitsministerium und dem Verband der deutschen Berufsgenossenschaften vereinbarten Richtlinien für diese Fürsorge seitens des Reichsarbeitsministeriums, was einer sehr notwendigen Vereinheitlichung für das gesamte Reichsgebiet hinderlich ist. — Die bei der Vereinigung bestehende Vermittlungsstelle für die Vertretung der Mitglieder in Spruchterminen vor dem Reichsversicherungsamt und den Oberversicherungsämtern Berlin, Potsdam und Frankfurt a. O. haben besonders die auswärtigen Mitglieder in Anspruch genommen. Ebenso wurde die von der Vereinigung geschaffene Gelegenheit, Verletzte bei den Berliner berufsgenossenschaftlichen Ambulatorien auf Grund besonderer Vereinbarungen nachuntersuchen zu lassen, von den auswärtigen Mitgliedern sowie von auswärtigen Berufsgenossenschaften durch Vermittlung anderer berufsgenossenschaftlicher Vereinigungen wahrgenommen. — Die Geschäftsstelle der Vereinigung wurde im vergangenen Jahre als Auskunfts- und Beratungsstelle in Rechts- und Verwaltungsfragen, zur Nachweisung geeigneter Ärzte und Heilanstalten, sowie zur Vornahme von Ermittlungen, Prüfung von Arzthonoraren usw. besonders stark in Anspruch genommen. In reger Fühlung mit dem Verband der deutschen Berufsgenossenschaften und den anderen örtlichen Vereinigungen hat die Vereinigung an der Regelung vieler gemeinsamen Fragen durch Leistung von Hilfsarbeit und direkte Mitwirkung ihrer Vertreter teilgenommen.

Gefahren des Alkoholmißbrauchs.

Wie verderblich der Alkoholmißbrauch auf die Volksgesundheit in verschiedenen Richtungen wirkt, wie er insbesondere die Empfänglichkeit für Krankheiten (Tuberkulose, Irrsinn usw.) steigert und die Unfallgefahren vermehrt, darauf ist hier oft hingewiesen worden (z. B.: 1916 S. 786, 1917 S. 93, 1918 S. 597, 1919 S. 471). Im Kriege war ein erfreulicher Rückgang dieser bedauerlichen Erscheinung eingetreten (zu vgl. hier 1920 S. 253, 576). Jetzt ist leider der Alkoholmißbrauch und die damit verbundene Gefahr wieder bedenklich gestiegen. Der „Kompaß“ (1922 S. 7) bemerkt hierüber: Seit einiger Zeit nehmen die Fälle von Trunksucht, von alkoholischen Geistesstörungen, von Trunkenheit und ihren verhängnisvollen Folgen nachweislich zu. Während ein Abnehmen der Alkoholschäden und -gefahren während des Krieges zu verzeichnen war und ein Rückgang der Unfälle festgestellt und auf diesen Umstand zurückgeführt wurde, ist jetzt auch wieder ein nicht unbedenkliches Ansteigen der Unfälle zu verzeichnen. Die nahen Zusammenhänge von Alkoholmißbrauch und Unfall sind den leitenden Persönlichkeiten der Arbeiterversicherung, insbesondere Ärzten und Statistikern, bekannt. Gegenwart und Zukunft zwingen mehr denn je dazu, alle Kräfte zusammenzufassen zur Erreichung der für die Erhaltung der Selbständigkeit unseres Vaterlandes notwendigen Höchstleistungen auf allen Gebieten. Es muß darum alles getan werden, die vermeidbaren Schädigungen unserer Volkskraft durch vorbeugende Maßnahmen hintanzuhalten. Dazu gehören aber vor allem die Schädigungen des Alkoholmißbrauchs.

Der Deutsche Verein gegen den Alkoholismus (E. V.) — früher Deutscher Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke — zu Berlin-Dahlem, Werderstraße 16, besitzt vielseitige Aufklärungsmittel, z. B. Schriften, ferner Wandtafeln, Wandbilder, Wandsprüche usw. zum Aushang in den Arbeits- und öffentlichen Räumen usw., statist. Tafeln, belehrende Flugschriften und Merkkarten. Die Genossenschaftsmitglieder, die an der Verhütung und Einschränkung der Unfälle geldlich bedeutend stark interessiert sind, werden gebeten, an der Weiterverbreitung der Aufklärungsmittel des genannten Vereins mitzuhelfen und ihn in seinen Bestrebungen zu unterstützen.

Vereinfachte standesamtliche Beurkundung bei Anträgen auf Versicherungsleistungen.

Das Amtsblatt der Landesversicherungsanstalt Sachsen (1922 S. 8) bemerkt: „Die zu den Anträgen auf Rente nach dem 4. Buche der Reichsversicherungsordnung erforderlichen standesamtlichen Beurkundungen in Gestalt von Geburts-, Heirats- und Sterbeurkunden verursachen bei Verwendung der üblichen Vordrucke einen nicht unerheblichen Aufwand an Material und Schreibwerk, aber auch an Postgebühren, namentlich dann, wenn ein sog. Familienstammbuch vorgelegt wird. Eine wesentliche Verminderung dieses Aufwandes und zugleich Vereinfachung ist dadurch möglich, daß die Beurkundungen unmittelbar auf den Rentenanträgen selbst angebracht werden, wie dies hier und da bereits geschieht. Es genügt hierzu eine einfache, mit Unterschrift und Stempel versehene, standesamtliche Bestätigung der Übereinstimmung der in dem Antrage angegebenen Namen, Geburts- und Sterbetage, Verehelichungen, Abstammungen usw. mit den Einträgen in den Standesregistern. Dieses Verfahren wird besonders dann vorteilhaft sein, wenn die die Rentenanträge entgegennehmende Stelle und das

zur Beurkundung zuständige Standesamt räumlich nicht weit voneinander entfernt sind. Wird ein Familienstammbuch vorgelegt, so wird die durch den den Rentenantrag aufnehmenden Beamten (verpflichteten Schriftführer) vorzunehmende, mit dem Amtsstempel zu versehende Beglaubigung der betreffenden Angaben auf Grund des Stammbuchs als ausreichend erachtet werden können." — Eine ähnliche Vereinfachung wird sich wohl auch auf den anderen Gebieten der Reichsversicherung ermöglichen lassen, so insbesondere bei den Krankenkassen, wenn es sich z. B. um die Unterlagen für Anträge auf Sterbegeld oder auf Wochenhilfe handelt.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Erstreckung einer gewerblichen Betriebskrankenkasse auf einen Landwirtschaftsbetrieb?

1. **Nach Fallingbostel.** Antwort: Nach § 10 der Vrdg. v. 3. 2. 19 (RGBl. S. 191, ArbVers. S. 125) dürfen Betriebskrankenkassen für landwirtschaftliche Betriebe nicht mehr neu errichtet werden. Unzulässig ist daher auch die Errichtung einer Betriebskrankenkasse für mehrere Betriebe, von denen einer ein landwirtschaftlicher ist (zu vgl. Gutachten des RVA. in „Krankenversicherung" 1920 S. 209). Folgerichtig darf auch eine Betriebskrankenkasse, die für einen gewerblichen Betrieb — eine Pulverfabrik — errichtet ist, nicht erstreckt werden auf den derselben Firma gehörigen landwirtschaftlichen Betrieb, der bisher, dem Gesetze gemäß, zur Landkrankenkasse gehörte. Die Abmeldung der in diesem Betriebe beschäftigten Arbeiter und Angestellten durch die Gutsverwaltung ist daher gesetzwidrig und wirkungslos.

Zur Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Stufe (§ 313a RVO.).

2. **Nach Remscheid.** Antwort: Im Anschluß an die herrschende Auffassung und einen Bescheid des Reichsarbeitsministers, den wir im Heft 11 veröffentlicht haben, wird die von Hahn vertretene Ansicht aufgegeben, daß die Versetzung eines Weiterversicherten nach § 313a RVO. in eine höhere Klasse oder Stufe ihre Schranke finde in der Klasse oder Stufe, der der Versicherte beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte. Gleichwohl ist im vorliegenden Falle die Versetzung des freiwillig Weiterversicherten in eine höhere Stufe ohne seine Zustimmung nicht angängig, wenn es richtig ist, daß er überhaupt kein Einkommen hat. Denn diese Versetzung ist nach § 313a Abs. 1 nur statthaft, wenn die Beiträge des Weiterversicherten „in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen stehen." Das Mißverhältnis der Beiträge zu den Kassenleistungen für sich allein genügt also nicht, sondern es ist auch Rücksicht zu nehmen auf die Leistungsfähigkeit des Weiterversicherten, die sich aus seinem Gesamteinkommen ergibt und die nicht gegeben ist, wenn es an einem Einkommen überhaupt fehlt.

Beitrittsrecht der nach § 169 Abs. 1 RVO. versicherungsfreien Beamten (§ 176).

3. **Nach Sorau. N.-L.** Antwort: Nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. sind beitrittsberechtigt: versicherungsfreie „Beschäftigte" der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art. Wir haben nicht den geringsten Zweifel, daß hierunter auch Beamte, insbesondere auch öffentliche Beamte zu verstehen sind, obwohl sie in den Gruppen des § 165 Abs. 1 nicht besonders erwähnt sind. Die Vorschrift des § 169 Abs. 1, wonach die (öffentlichen) Beamten unter gewissen Voraussetzungen versicherungsfrei sind, beruht doch gerade darauf, daß sie trotz ihrer Beamteneigenschaft unter eine der im § 165 bezeichneten Gruppen (insbesondere als Gehilfen, Betriebsbeamte, andere Angestellte in gehobener Stellung, Lehrer) fallen können und daß sie dann der Versicherungspflicht unterliegen, wenn nicht § 169 zutrifft. Daraus, daß jetzt im § 169 Abs. 1 von „Beamten" und im Abs. 2 von „Beschäftigten" die Rede ist, kann ein Zweifel nicht hergeleitet werden. Denn wenn die im Abs. 2 bezeichneten „Beschäftigten" nicht ohne weiteres Beamte sind, so sind doch selbstverständlich — und hoffentlich! — alle im Abs. 1 bezeichneten Beamten auch „Beschäftigte". Folglich sind sie nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 beitrittsberechtigt, wenn sie nach § 169 versicherungsfrei sind.

Taxmäßige Fahrtkosten des Arztes bei einer sog. Rundfahrt.

4. **Nach H.** Antwort: Für den vorliegenden Fall ist noch die ältere Fassung der preuß. GebOrdg. maßgebend. Die Ziff. 22 dieser alten Fassung stimmt übrigens überein mit Ziff. 14 der GebOrdg. v. 1. 9. 20. Sie besagt: „Besucht der Arzt mehrere außerhalb seines Wohnorts befindliche Kranke auf einer Fahrt, so sind die gesamten Fuhrkosten und die Entschädigung für Zeitversäumnis in angemessener Weise auf die einzelnen Verpflichteten zu verteilen." Entscheidungen über die Auslegung dieser Bestimmung sind uns nicht bekannt. Sie bezieht sich jedenfalls nur auf eine sogenannte „Rundfahrt" des Arztes, die von vornherein auf den Besuch mehrerer Kranker angelegt ist — also nicht auf den Fall, daß Kranke, auf deren Besuch die Fahrt nicht abzielte, sich die Anwesenheit des Arztes zunutze machen und ihn in Anspruch nehmen. Als „angemessen" wird man eine solche Verteilung der Kosten auf die an der Rundfahrt des Arztes beteiligten Kranken anzusehen haben, welche die Verschiedenheit ihres Interesses an dem Besuche des Arztes billig berücksichtigt, und als geeigneten Maßstab für dieses Interesse wiederum kann man die Höhe der taxmäßigen Gebühren für den Besuch und die sonstigen Verrichtungen bei den einzelnen Verpflichteten ansehen; nur die Besuchsgebühr für sich allein als Verteilungsmaßstab zugrunde zu legen, (wie die Kommentare von Förster und Joachim-Korn tun) erscheint nicht gerechtfertigt. Wer nur

gelegentlich der Anwesenheit des Arztes seine Dienste in Anspruch nimmt, hat nur, je nach Umständen, die Beratungs- oder die Besuchsgebühr und die etwaige Gebühr für sonstige Verrichtungen, nicht aber einen Beitrag zu den Kosten der Rundfahrt zu zahlen; muß der Arzt zum Zwecke des Besuches eines solchen Kranken eine besondere Fahrt (einen „Abstecher" von der Rundfahrt) machen, so fallen selbstverständlich die hierdurch entstehenden besonderen Kosten dem Kranken allein zur Last.

Bemessung des Sterbegeldes im Falle des § 202 RVO.

5. **Nach B.** Antwort: Der Tod begründet allerdings einen selbständigen, einmaligen Anspruch der nach § 203 RVO. Berechtigten, so daß für die Bemessung des Sterbegeldes der Regel nach der zur Zeit des Todes geltende Grundlohn maßgebend ist. Wenn aber der Verstorbene schon vor dem Tode aus der Kassenmitgliedschaft ausgeschieden war und der Anspruch auf Sterbegeld auf § 202 RVO. beruht, so galt für den Verstorbenen zur Zeit seines Todes überhaupt kein Grundlohn, und es kann daher für die Bemessung des Sterbegeldes in diesem Falle nur der Grundlohn maßgebend sein, der für ihn beim Ausscheiden aus der Kasse galt. Zu vgl. ArbVers. 1920 S. 318 Ziff. 4 und Entsch. des RVA. v. 8. 11. 21 in „Ortskrankenkasse" 1922 Sp. 15.

Mittelbares Beschäftigungsverhältnis zwischen einem Landwirt und der Frau seines Schweizers.

6. **Nach Beckum.** Frage: Es häufen sich die Fälle, daß Arbeitgeber die Ehefrauen der Schweizer bei uns zur Aufnahme anmelden, ohne daß die Frau in einem besonderen Arbeitsverhältnis zum Arbeitgeber steht. Sie betätigt sich als Gehilfe des Ehemannes beim Melken der Kühe, wie überhaupt bei Wartung des Viehs im allgemeinen. Ohne Mithilfe der Frau würde der Schweizer zur Anstellung einer Hilfskraft gezwungen sein, deren Bezahlung und Unterhaltung meist dem Schweizer selbst obliegen würde. Die Frau ersetzt ihm diese Hilfskraft. Eine besondere Entschädigung wird der Frau vom Arbeitgeber nicht gewährt, auch kann dieser nicht über die Frau verfügen. Die den beiden Ehegatten gewährte Entschädigung wird wohl in vielen Fällen, entsprechend der durch die Frau geleisteten Hilfe, höher als für eine Person bewertet. Wir bitten um Auskunft, ob Versicherungspflicht überhaupt vorliegt, wer zur Anmeldung verpflichtet ist und wie die Verteilung des Entgelts zur Ermittelung der Lohnstufe auf beide Personen, bei gemeinsamem Bezuge, zu erfolgen haben würde.

Antwort: Es liegt, da der Schweizer die ihm obliegenden Dienstleistungen ohne eine Hilfskraft nicht erfüllen kann und der Arbeitgeber daher mit der Heranziehung einer solchen — sei es einer fremden oder einer zur Familie des Versicherten gehörigen — Hilfsperson rechnen muß, ein mittelbares Beschäftigungsverhältnis zwischen dem Landwirt und der Ehefrau des Schweizers vor (zu vgl. besonders: Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12, Amtl. Nachr. 1912). In dem dem Schweizer gewährten Lohne ist der Entgelt für die Hilfsdienste der Frau mit enthalten. Die Frau ist also nach § 165 RVO. versicherungspflichtig. Die Pflicht zur Anmeldung der Frau bei der Landkrankenkasse ist regelmäßig Sache des Arbeitgebers (vgl. über eine Ausnahme: § 534 RVO). Ihm liegt auch ob, die Angaben zu machen, die durch die Satzung zur Berechnung der Beiträge gefordert werden (§ 318 RVO.). Er darf sich daher nicht begnügen, den Gesamtbetrag des mit dem Schweizer bedungenen Entgeltes anzuzeigen, sondern er wird auch angeben müssen, wieviel davon, schätzungsweise nach Art und Umfang der Hilfsleistungen der Frau, als der auf sie entfallende Anteil vom Entgelt anzusehen ist. Nötigenfalls würden darüber Erhebungen anzustellen sein.

Ersatzanspruch einer Krankenkasse bei Verletzung eines Versicherten durch ein Kraftfahrzeug.

7. **Nach Immigrath.** Antwort: Nach näherer Vorschrift des § 1542 RVO. ist auf die Krankenkasse, wegen ihrer Aufwendungen für den durch den Kraftwagenunfall Verletzten, der Anspruch übergegangen, der dem Verletzten gegen den Halter und gegen den Führer des Fahrzeugs auf Grund des Ges. v. 3. 5. 09 (RGBl. S. 437, ArbVers. S. 530) zustand. Dem Verletzten stand gegen den Halter (§ 7) und gegen den an dem Unfall schuldigen Führer (§ 18) Anspruch auf Schadenersatz zu a) wegen der Kosten der Heilung sowie b) wegen des Vermögensnachteils, den der Verletzte an seiner Erwerbsfähigkeit oder durch Vermehrung seiner Bedürfnisse erlitten hat (§ 11). Der Schadenersatz zu b ist für die Zukunft durch Entrichtung einer Geldrente zu leisten (§ 13 Abs. 1). Der Anspruch auf die Rente ist aber im vorliegenden Falle, wegen Geringfügigkeit des Betrags, nach § 850 Abs. 3 ZPO. nicht pfändbar und daher nach §§ 400, 412 BGB. auch nicht auf die Krankenkasse übertragbar. Hiernach kann die Kasse von dem Halter und von dem Führer des Fahrzeugs nur Ersatz der Kosten des Heilverfahrens beanspruchen, und zwar in dem durch § 1542 Abs. 2 mit § 1503 RVO. bestimmten Maße. Dabei ist die in ArbVers. 1922 Heft 7 S. 102 veröffentlichte Entscheidung des Reichsgerichts zu beachten.

Wirkung gesetzlicher Ausdehnung der Versicherungspflicht auf vorher Erkrankte.

8. **Nach Z.** Frage: Ist die Kasse verpflichtet, einen durch Gesetz vom 28. Dezember 1921 vom 1. Januar 1922 ab Mitglied gewordenen, trotzdem er schon vor dem 1. Januar 1922 (17. Okt. 1921) erkrankt war und ins Krankenhaus gekommen ist, zu unterstützen? Hat, falls die Frage bejaht wird, die Kasse für die gesetzliche Zeitdauer von 26 bzw. 13 Wochen voll zu leisten oder kann die vor dem 1. Januar 1922 liegende Zeit bei Berechnung der Unterstützungszeit angerechnet werden?

Antwort: Der Anspruch Versicherungspflichtiger auf die Kassenleistungen entsteht nach § 206 RVO. mit der Mitgliedschaft. Das gilt auch, wenn jemand erst durch eine Rechtsänderung versicherungspflichtig geworden ist und beim Inkrafttreten des neuen Rechts bereits krank war (zu vgl. Hahn, Anm. 2 zu § 206 RVO.). Die gesetz- oder satzungsmäßige Leistungsdauer beginnt mit dem Tage, an dem die erste Unterstützung durch die Kasse stattgefunden hat (vgl. das. Anm. 2d zu § 183 RVO.). Für die Anrechnung der vor dem Beginn der Kassenmitgliedschaft liegenden Krankheitszeit bietet das Gesetz nicht den geringsten Anhalt.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1352 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | **11. Mai 1922** | **Heft 14**

Die Reform der Sozialversicherung.

Von Regierungsdirektor Dr. Sonderhoff in Hamburg.

(Schluß.)

Ebenso wie diese völligen Änderungen des Systems der Sozialversicherung ist auch die *völlige Verschmelzung der drei Versicherungszweige, der Invaliden-, Unfall- und Krankenversicherung, abzulehnen.* Die Dreiteilung ist eine versicherungs- und verwaltungstechnische Notwendigkeit. Die Krankenversicherung bedarf unbedingt selbständig handelnder, rasch eingreifender, leicht zu erreichender örtlicher Organisationen, die den häufigen Schwankungen des überaus großen Bedarfs durch kurzfristige und variable Beitragserhebung genügen müssen. Die beiden anderen Versicherungszweige ließen sich eher organisatorisch zusammenfassen, etwa indem territorial abgegrenzte und berufsgenossenschaftlich zusammengefaßte gewerbliche Unfallversicherungsanstalten großer Gewerbszweige auch die Invalidenversicherung übernähmen, während die Landesversicherungsanstalten als allgemeine Invaliden- und Unfallversicherungsanstalten die landwirtschaftlichen Berufskreise, die Unternehmer und Arbeiter der kleineren aufzulösenden Berufsgenossenschaften, der staatlichen und gemeindlichen, bisher durch Ausführungsbehörden versicherten Betriebe und die Gruppe der häusliche und persönliche Dienste leistenden Personen sowie die Hausgewerbtreibenden umfassen könnten. Dies ist der alte Schäffle-Bödikersche Plan, der vor dem späteren Düttmann-Freundschen Plan der Eingliederung der Krankenversicherung in die Invalidenversicherung den Vorzug verdient. Freilich spricht auch vieles für das letztere Projekt, nach dem die Krankenkassen, örtlich in Bezirkskrankenkassen zusammengefaßt, den Unterbau für die Invalidenversicherung abgeben sollen. Auch ist die Kombination beider Pläne denkbar.

Auf lange Zeit hinaus dürfte aber keiner dieser Pläne Aussicht auf Verwirklichung haben. Die Berufsgenossenschaften wie die Krankenkassen haben sich als selbständige soziale Organismen mit solcher Lebenskraft, so starkem Lebenswillen erfüllt, wurzeln so fest in ihren sozialen Schichten, daß ihre Zerschlagung und Zusammenlegung oder Eingliederung ohne ihren Willen und ihre einsichtsvolle Mitwirkung unmöglich ist. Die Landesversicherungsanstalten anderseits, als unentbehrliche Grundform der Rentenversicherung, lassen sich nicht aufteilen. Die Ausführung so weitreichender Pläne muß also m. E. einer späteren Zukunft vorbehalten bleiben. Wohl aber können wir schon jetzt der Entwicklung zu diesen Zielen hin die Wege bahnen. Das kann geschehen durch Maßnahmen, welche die Versicherungsträger der verschiedenen Zweige in eine engere Verbindung bringen, sie zu *territorialen Verwaltungsgemeinschaften* für gemeinsam zu lösende Aufgaben zusammenführen, so z. B. für die Frühbehandlung der Unfallverletzten, für die arbeitstherapeutische Behandlung (Heil- und Anlernwerkstätten mit Beratungsstellen), für die

vorbeugende Heilfürsorge, für volkshygienische Einrichtungen und Veranstaltungen, für die Errichtung von Genesungsheimen, für die Aufgaben des Mutterschutzes und der Säuglingsfürsorge, für die Behandlung wirtschaftlicher und sonstiger allgemeiner Fragen. Dazu gehört die Herstellung einer engen Arbeitsgemeinschaft mit der gemeindlichen Wohlfahrtspflege, mit den Ärzteorganisationen, den Gesundheitsbehörden, den Fürsorgeorganisationen für Kriegsbeschädigte u. a.

Dazu ist zunächst erforderlich die Zusammenfassung der verschiedenen Krankenkassen eines größeren Bezirks, also eines Gemeindeverbandes, oder eines größeren wirtschaftlich zusammenhängenden Gebietskomplexes (Groß-Berlin, Groß-Hamburg usw.) zu einem Verwaltungsverband. Diese Verbände der Krankenkassen eines Bezirkes müßten auch in Rückversicherung zum Risikoausgleich einen Teil der Barleistungen der einzelnen Kassen übernehmen und als Zentralstellen der einzelnen Kassen des Bezirks für die bezeichneten allgemeinen Aufgaben dienen. Dieser Zusammenschluß muß durch Gesetzeszwang herbeigeführt werden, weil die verschiedenen Kassenarten nicht gewillt sind, einen Teil ihrer Selbständigkeit zu opfern. Ein noch verbesserungsbedürftiger Gesetzentwurf für Errichtung solcher Kassenpflichtverbände liegt zur Zeit im Reichsrat und schlummert dort.

Diese Bezirkspflichtverbände der Krankenkassen müssen dann weiter mit den Trägern der anderen Versicherungszweige zu bezirklichen Arbeitsgemeinschaften für die fürsorglichen Aufgaben zusammengeschlossen werden. Die bisher freiwillig entstandenen Gemeinschaften der Reichsversicherungsträger sind jedoch für zu große Gebiete, für ganze Provinzen, also das ganze Gebiet einer Landesversicherungsanstalt, errichtet. Bei so großer Ausdehnung können diese Organisationen keine praktische Arbeit leisten, vor allem nicht in der erforderlichen ständigen Fühlung mit den Krankenkassen bleiben. Bis jetzt fehlen im allgemeinen in den kleineren Bezirken, den Kreisen und Stadtbezirken örtliche Organe der Rentenversicherungen; diese müssen zuerst geschaffen werden. Die Schaffung neuer Verwaltungskörper kann selbstverständlich nicht in Frage kommen. Es sind aber bereits allgemeine Versicherungsorgane vorhanden, welche unter zweckmäßiger Umbildung in hervorragender Weise geeignet sind, als solche Bezirkshilfsbehörden der großen Unfall- und Invalidenversicherungsträger zu dienen, nämlich die Versicherungsämter. Schon jetzt verrichten sie in großem Umfange als untere Versicherungsbehörden Hilfstätigkeiten aller Art für die Unfall- und Invalidenversicherung. Sie sind zu bezirklichen allgemeinen Hilfsorganen aller Träger der großen Rentenversicherungen umzubilden, welche den Gemeinde- oder Staatsbehörden wie bisher angegliedert bleiben, aber in ihrer sachlichen Geschäftsführung — abgesehen von der persönlichen Dienstaufsicht — den Richtlinien und Weisungen dieser Versicherungsträger zu folgen haben. Bei einer solchen geschäftlichen Unterordnung kann ihnen, wie jetzt den Rentenausschüssen der Angestelltenversicherung, nicht nur die Rentenfeststellung in derselben Weise etwa wie den Sektionen der Berufsgenossenschaften, sondern auch die Beitragskontrolle und Beitragserhebung sowie die Gesamtvertretung der Träger der Rentenversicherungen in der Bezirksarbeitsgemeinschaft und deren Leitung übertragen werden. Ihre gerichtliche Funktion zur Entscheidung von Beitragsstreitigkeiten in der Invalidenversicherung würde unter Beschränkung der Instanzen auf die Oberversicherungsämter übergehen können. Die Leiter der Versicherungsämter wären alsdann auch die berufenen Vorsitzenden der Bezirksverbandsvorstände der Krankenkassen, die nur unter amtlicher neutraler Leitung reibungslos und fruchtbringend zusammenarbeiten werden. In solchen Versicherungsämtern erblicke ich die Kristallisationskerne für die Bildung der leistungsfähigeren höher organisierten Verwaltungsgemeinschaften aller Versicherungsträger in einem Bezirk, aus denen in natürlicher

Entwicklung neue festere Gemeinschaftsformen ohne plötzliche und gewaltsame Eingriffe von innen heraus erwachsen können. Die Herstellung von Arbeitsgemeinschaften aller Versicherungsträger für jeden Versicherungsamtsbezirk mit Hilfe der umzubildenden Versicherungsämter muß also auf organisatorischem Gebiet das nächste Ziel der Reform sein. Von allen weiteren gewaltsamen Zentralisationsversuchen ist Abstand zu nehmen.

Sehr viel weiter und radikaler kann man in das materielle Recht zur Vereinfachung der Sozialversicherung eingreifen. An der sachlichen Trennung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung ist grundsätzlich und unbedingt festzuhalten. In erster Linie können und müssen aber die der Zwangsversicherung in allen Zweigen unterstellten Personenkreise erweitert und zur Übereinstimmung gebracht werden. In der Unfallversicherung muß man zu diesem Zweck von dem Erfordernis der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Betriebe absehen. Der Kreis der unfallversicherungspflichtigen Betriebe und Tätigkeiten ist bereits so erweitert, der Begriff des „Betriebs"unfalles so verwässert, daß die größten Sinnlosigkeiten und Härten entstehen. Die Personen mit Tätigkeiten, die nicht den bestehenden Berufsgenossenschaften zugewiesen werden können (häusliche und persönliche Dienste), werden in Unfallversicherungsanstalten zu bringen sein, die von den Landesversicherungsanstalten zu verwalten sind. Schon jetzt werden auch die Gefahren des täglichen Lebens und Unfälle außerhalb des Betriebes mit künstlichen Konstruktionen als Betriebsunfälle gekennzeichnet. Weshalb sollen die Berufsgenossenschaften nicht auch die Unfallgefahren der berufszugehörigen Arbeiter und Angestellten außerhalb des Betriebes decken, die Unfälle auf dem Wege von und zur Arbeit und die seltenen Unfälle außerhalb der Berufsarbeit? Die Verbindung mit dem Haftpflichtgesetz hat keine Berechtigung mehr. Freilich wird man dann grundsätzlich auch die Versicherten zur Beitragsleistung heranziehen müssen; etwa mit einem Drittel der Last. Dann haben sie auch zu ihrem Teile Anrecht auf Teilnahme an der Verwaltung, die man ihnen ohnehin nicht mehr vorenthalten kann. Die Arbeiterbeiträge könnten in Form von Zuschlägen mit den Invalidenversicherungsbeiträgen unter Verrechnung mit den Landesversicherungsanstalten (auf Grund der Lohnnachweisungen) erhoben werden. Auf diese Weise könnten alle versicherungspflichtigen Personen allen drei Versicherungen unterstellt werden, da ja die Gefahrstarifierung den geringen Unfallgefahren der bisher nicht versicherten Berufe Rechnung tragen kann.

In der Unfallversicherung sollte auch der Versicherungsanspruch von dem Bestand eines konkreten Arbeitsverhältnisses ebenso wie in der Invalidenversicherung losgelöst und nur von der Voraussetzung der auf Grund der Versicherungspflicht geleisteten Beiträge von gewisser Dauer und Regelmäßigkeit abhängig gemacht werden. Dasselbe könnte in der Krankenversicherung geschehen. Wartezeit und Verfallzeit wären naturgemäß kurz zu bemessen.

Man könnte auch daran denken, die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen einzubeziehen. In der Krankenversicherung erscheint diese Forderung berechtigt und durchführbar. In den Rentenversicherungen ist es finanziell ausgeschlossen. Hier liegt noch das Feld für freiwillige Volksversicherung.

Eine weitgreifende Prinzipienfrage ist ferner, ob man nicht das gesetzestechnische System ändern soll, nach dem die Zugehörigkeit zu bestimmten Berufen die Versicherung bedingt, und ob man nicht auch die besondere Behandlung der Angestellten, d. h. die Abhängigkeit ihrer Versicherungspflicht von dem Jahresarbeitsverdienst, fallen lassen soll. Es entspräche durchaus dem Prinzip der Sozialversicherung, die grund-

sätzlich allen nicht durch genügenden Kapitalbesitz gesicherten Arbeitern, Angestellten und Kleinunternehmern offenstehen soll, alle diese besonderen Unterscheidungsmerkmale mit ihren schwierigen begrifflichen Distinktionen aufzugeben und lediglich maßgebend sein zu lassen das wirtschaftliche Moment nichtkapitalistischer körperlicher oder geistiger Arbeit. Man würde also den rein wirtschaftlichen Begriff des Lohnbeziehers einführen, der im Gegensatz nicht zum Unternehmer schlechthin, sondern zu dem Kapitalrentner oder Kapitalisten, d. h. dem mit beträchtlichem Kapitalbesitz ausgestatteten Unternehmer und Privatmann oder Eigentümer steht, dessen Einkommen in der Hauptsache aus Kapitalgewinnen oder -renten besteht. Auch der Hausgewerbtreibende, der kleine Handwerker und Geschäftsmann, der Kleinbauer, der Arzt, der Rechtsanwalt, der Architekt, Künstler und Schriftsteller gehören wirtschaftlich zur Kategorie der um Lohn arbeitenden Personen. Bei den selbständig tätigen Personen würde jedoch die Beitragserhebung auf technische Schwierigkeiten stoßen. Praktisch würden doch nur die freiwillig Beitretenden und die ungünstigeren Wagnisse erfaßt werden. Es kann sicher zunächst bei dem System des von dem Einkommen oder dem Umfang des Betriebes abhängigen Beitrittsrechtes für die Kleinunternehmer und Selbständigen bleiben. Bei den in persönlich abhängiger Stellung tätigen Personen aber könnte man das Erfordernis einer bestimmten Berufszugehörigkeit fallen lassen, auch die besondere Behandlung der Angestellten aufgeben, indem man nur diejenigen in persönlich abhängiger Stellung körperliche oder geistige Arbeiten gegen Lohn verrichtenden Personen versicherungsfrei stellt, welche neben ihrem Lohn ein bestimmtes Einkommen aus Kapitalbesitz oder aus Unternehmungsgewinnen beziehen und versteuern. Damit läßt man auch diejenigen leitenden Angestellten versicherungsfrei, welche tatsächlich Unternehmergewinne beziehen und Unternehmereigenschaft haben, in erster Linie die Direktoren und leitenden Angestellten, Geschäftsführer und Vorstandsmitglieder der körperschaftlich organisierten Gesellschaften, Genossenschaften oder Vereinigungen. Die Beamten können wie bisher des Versicherungsschutzes entbehren, unter der Voraussetzung, daß ihre Krankenversorgung und die Mutterschaftsfürsorge für sie beamtenrechtlich besonders geregelt wird. Dann würde die Zahl der neu der Sozialversicherung unterstellten Angestellten nur gering sein. Die Unsicherheit aber über die versicherten Personen und das kunstvolle Spiel juristischer Begriffsspalterei hört auf, und die Schwankungen des Geldwertes treiben nicht mehr die Angestellten bald heraus, bald wieder herein in die Versicherung. An der besonderen Behandlung der Hausgewerbtreibenden wird man freilich festhalten müssen. Die Erfahrungen mit ihrer Versicherung haben aber die große Schwierigkeit der zwangsweisen Versicherung der Kleinunternehmer gezeigt.

Eine alte, in neuer Form von Dr. Kuffler aufgeworfene Frage, welche an den Fundamenten des geltenden Rechtes rüttelt, betrifft die Versicherungsleistungen: Soll jede körperliche oder geistige Schädigung, gleichviel auf welcher Ursache sie beruht, ob auf Unfall, Krankheit, Gebrechen oder Alterserscheinungen, in gleicher Weise und in gleichem Ausmaß entschädigt werden? Es ist nicht die Frage von der Einheitlichkeit des Versicherungsfalles im Sinne einer Vermischung aller Versicherungsgefahren, um die es sich hier handelt, eine Frage, die gleichbedeutend ist mit der materiellen Verschmelzung aller Versicherungszweige, die wir bereits besprochen haben. Sondern hier handelt es sich um die Einheitlichkeit der Fürsorgeleistungen, die auch bei getrennter Organisation der Bedarfsdeckung und Verwaltung denkbar ist. So wünschenswert auch die gleichmäßige Bemessung der Leistungen und ihrer Dauer, also die unbegrenzte Fortführung der hohen Krankenversicherungsleistungen und die Heraufsetzung der Invaliden- und Altersrenten sowie der Hinterbliebenenrenten der nicht durch Unfälle geschädigten Versicherten wäre, so ist doch finanziell die Auf-

hebung dieser Leistungsunterschiede für die deutsche Volkswirtschaft für nicht abzusehende Zeit unerträglich. Aber in einem und dem wichtigsten Teil erscheint dieser Gedanke realisierbar. Die Heilfürsorge müßte allen Versicherten in gleichem Maße bis zu der natürlichen Grenze der Wiederherstellbarkeit zuteil werden. Dieses Ziel muß die Zusammenarbeit aller Versicherungsträger in den vorgeschlagenen Verwaltungsgemeinschaften zu erreichen suchen, im Verein mit den anderen öffentlichen und privaten Organisationen der Wohlfahrtspflege. Auch die durch die Verschiedenheit der Leistungen bedingte Verschiedenheit der Zweckbegriffe: Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung, Erwerbsunfähigkeit in der Unfallversicherung, Invalidität in der Invalidenversicherung muß daher aufrechterhalten werden. Ob der Invaliditätsbegriff in der Richtung der Berufsinvalidität erweitert werden kann, ist nur eine praktisch-finanzielle Frage. Eine Teilung nach Graden der Erwerbsbeschränkung wie in der Unfallversicherung und der Kriegsbeschädigtenfürsorge erscheint bei der Invalidenversicherung schon finanziell ausgeschlossen; der Rentenbedarf wäre sonst unschätzbar, unübersehbar, jedenfalls ungeheuer, abgesehen von der Unzahl der Streitigkeiten, die eine solche Teilung zur Folge hätte. In allen Zweigen der Sozialversicherung also sollte schadenverhütendes Wirken, fürsorgliche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bis zur Grenze des Möglichen zur obersten Aufgabe aller Versicherungsträger in gemeinschaftlichem, freiwilligem Zusammenwirken zur Pflicht gemacht werden. Eine gesetzliche Reglementierung dieser Aufgaben aber ist unmöglich. Hier kann nur die freie, unbeengte Persönlichkeit, getragen vom Vertrauen der beteiligten Wirtschafts-, Berufskreise und Verwaltungskörper, Ersprießliches wirken. Der Gesetzgeber hat sich darauf zu beschränken, Aufgabe und Ziel zu bestimmen und den organisatorischen Rahmen zu umgrenzen. Das sind die besprochenen Verwaltungsgemeinschaften.

In der Kranken- und Invalidenversicherung sollte die Heilfürsorge pfleglicher und vorbeugender Art auch den Ehefrauen und Kindern der Versicherten zugewandt werden. In der Invalidenversicherung wird man notgedrungen die Beschränkung der Rentenfürsorge auf die invaliden Witwen und die Waisen unter 15 Jahren beibehalten müssen. Anderseits sollte man die untere Altersgrenze für die Invalidenversicherungspflicht fallen lassen und auch die erwerbstätigen Jugendlichen unter 16 Jahren ebenso wie in den anderen Versicherungszweigen bereits der Versicherung zuführen. Grundsätzlich müssen in allen Versicherungszweigen die Geldleistungen nach dem Familienstande und der Zahl der zu unterhaltenden Kinder abgestuft werden. Eine nach dem Alter und dem Familienstande verschiedene Bemessung der Beiträge müßte mit Rücksicht auf technische und wirtschaftliche Schwierigkeiten aber unterbleiben.

Das Notsystem der Zulagen in den Rentenversicherungen ist ein zur Zeit notwendiges Übel. Die Erhöhung der Renten ohne Beitragsäquivalent widerspricht aber jedem Versicherungsprinzip. Sie führt entweder zum Zusammenbruch oder zur Wertlosigkeit der Versicherungseinrichtung. Sobald die wirtschaftlichen und geldlichen Verhältnisse sich etwas festigen, sollte man darangehen, die laufenden Rentenzulagen endgültig zur Rente zu schlagen, womit auch die Träger der Invalidenversicherung zum reinen vorschüssigen Umlagesystem übergehen müßten, dem sie sich ja jetzt schon angenähert haben. Weiter erforderliche Zulagen müßten dann aus öffentlichen Mitteln gedeckt werden.

Für die vorbeugende und fürsorgliche Tätigkeit aller Versicherungsträger aber wären Zuschüsse aus Reichsmitteln zu gewähren, die jährlich im voraus in einem festen Betrage den Arbeitsgemeinschaften nach der Zahl der im Bezirk Versicherten zur Verfügung zu stellen wären. Die Reichszuschüsse zu den Renten der Invalidenversicherung könnten dafür fortfallen. Die Wochenfürsorge für nicht der Versicherung angehörende Minderbemittelte müßte anderseits aus der Versicherung herausgelöst

und den Gemeinden und deren Wohlfahrtsämtern übertragen werden. Die Leistungen der Familienwochenhilfe könnte man dagegen den Krankenkassen ganz auferlegen, wenn sie auch ihrerseits in der Arbeitsgemeinschaft an den Reichszuschüssen für die Gesundheitsfürsorge teilhaben, und wenn man die Träger der Unfallversicherung mit den Aufwendungen der Kassen für die Unfallkranken auch während der ersten 13 Wochen belastet. Wenn diese alte Forderung der Krankenkassen erfüllt wird, so würden auch die Bestrebungen zur rascheren und wirksameren Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Unfallverletzten aufs wirksamste zu fördern sein. Dafür würden auch die Arbeiter mit einem Drittel der Beiträge zur Unfallversicherung beisteuern. Auf viele andere mit der Ausgestaltung und Verbindung der Leistungen in den drei Versicherungszweigen zusammenhängende Einzelfragen technischer und rechtlicher Art kann ich nicht weiter eingehen. Nur das lassen Sie mich noch betonen, daß die Gesetzgebung grundsätzlich sich von dem bisherigen System abwenden muß, bis in einzelnste und kleinste die Einrichtungen der Verwaltung und ihre Tätigkeiten zu regeln und zu lenken. In den großen bedeutsamen Fragen muß Einheit, in den kleinen aber Freiheit walten. Dann gibt es auch keine 2000 Gesetzesparagraphen und jährlich ein Dutzend Gesetzesänderungen.

Die Angestelltenversicherung, dieses jüngste und noch recht zarte Kind der Sozialversicherung, bedarf bei der Reform ganz besonderer Aufmerksamkeit und Pflege. Sie ist eine ausgesprochene Standesorganisation, aus sozialen Sonderbestrebungen entsprossen. Das ist m. E. kein Fehler. Auf Berufsgemeinschaften ist unsere Sozialversicherung ursprünglich und noch aufgebaut und muß es vorerst bleiben. Starkes berufliches Gemeinschaftsgefühl ist immer noch die beste Triebkraft sozialer Arbeit, solange noch nicht die umfassendere Idee der ganzen Volksgemeinschaft die Schranken sozialer Schichtung beiseite geräumt hat. Eine Sozialreform aber, welche nicht mit den Realitäten des sozialen Lebens der Gegenwart rechnet und gewaltsam über sie hinweggeht, muß heute mehr denn je scheitern. Die Wahlen zur Angestelltenversicherung haben gezeigt, daß die Mehrzahl der Angestellten eine radikale Verschmelzung mit der Invalidenversicherung entschieden ablehnt. Das hindert aber nicht, daß die Reform die Angestelltenversicherung ergreift und gründlich umgestaltet. Die Sondervorteile, welche die Angestellten in der günstigeren Bestimmung des Begriffs der Invalidität und in der besseren Ausgestaltung der Hinterbliebenenfürsorge erhalten haben, mögen ihnen belassen werden, bis die Invalidenversicherung, die ja künftig ebenso hohe Renten mit den neuen gleich hohen Beiträgen gewähren wird, der Angestelltenversicherung auch darin folgen kann. Die bestehende Differenzierung der Leistungen und Beiträge sollte man also bestehen lassen und von einer sachlichen Verschmelzung der beiden Versicherungen, die zwar gleicher Art sind, aber stark abweichende Versicherungswagnisse umfassen, zur Zeit absehen. Der völlig unwirtschaftliche, überaus kostspielige Parallelismus der Organisationen in Verwaltung und Rechtsprechung müßte aber beseitigt werden, und zwar um so eher, als die Organisation der Angestelltenversicherung noch gar nicht ausgebaut ist und die jetzige straff zentrale Organisation ohne lokalen Unterbau unmöglich bestehen bleiben kann. Hier gibt es m. E. nur einen Weg, während die kürzlich dem Reichstagsausschuß vorgelegte Denkschrift der Regierung über die Frage der Verschmelzung noch eine zweite Lösung in Anregung bringt.

Die Reichsversicherungsanstalt muß aufgelöst werden. Die Landesversicherungsanstalten übernehmen mit dem Vermögen der Reichsversicherungsanstalt als Sondervermögen unter Bildung besonderer Abteilungen auch die Verwaltung der Angestelltenversicherung. Die Beiträge werden wie die Invalidenversicherungsbeiträge durch besondere Marken erhoben, oder im Einzugsverfahren mit den Invalidenversicherungsbeiträgen eingezogen. Eine Doppelversicherung wird aus-

geschlossen. Die Versicherung in der Angestelltenversicherung befreit von der Invalidenversicherung, die naturgemäß freiwillig fortgesetzt werden kann. Die Beitragsüberwachung erfolgt durch die Landesversicherungsanstalt bzw. durch die Versicherungsämter als Hilfsbehörden. Die Rentenfeststellung wäre ebenfalls Aufgabe der Versicherungsämter unter Aufsicht der Landesversicherungsanstalten. Die Abteilungen der Landesversicherungsanstalt und die Rentenausschüsse der Versicherungsämter werden mit Vertretern aus der Angestelltenversicherung besetzt. Die Rentenzahlungen erfolgen wie in der Invalidenversicherung durch die Postanstalten. Rechtsprechende Instanzen werden die Oberversicherungsämter und das Reichsversicherungsamt, die ebenfalls in ihren Kammern und Senaten für die Verhandlungen in Angestelltensachen mit Beisitzern aus der Angestelltenversicherung zu besetzen sind. In den gemeinsamen Angelegenheiten (Heilverfahren, gemeinsame Ausgaben) in Ausschuß und Vorstand der Landesversicherungsanstalt ist getrennte Abstimmung vorzusehen. Meinungsverschiedenheiten schlichtet ein paritätischer Schiedsausschuß unter amtlichem Vorsitz, notfalls das Reichsversicherungsamt. Der größere Teil der Angestellten-Rentenlast bildet eine Gemeinlast aller Landesversicherungsanstalten, dementsprechend ist auch der größere Teil des Vermögens der Angestelltenversicherung Gemeinvermögen aller Landesversicherungsanstalten für die Zwecke der Angestelltenversicherung. Die zweite von der Denkschrift erörterte Möglichkeit, nach der lediglich die Überwachung der Beitragsleistung und der Rentenempfänger durch gemeinsame Beamte erfolgen und nur die rechtsprechenden Behörden zusammengelegt werden, bringen keine gründliche Besserung, da gerade auf dem Gebiete der Verwaltung, der Beitragserhebung, Rentenfeststellung und Heilfürsorge die größten Mängel und Unstimmigkeiten bestehen. Eine Dezentralisation ohne erhebliche Mehrkosten ist reibungslos nur auf dem ersten Wege zu erreichen. Vor allem ist eine wirksame gemeinschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der gesundheitlichen Fürsorge nur durch eine solche organisatorische enge Verbindung mit den Landesversicherungsanstalten sicherzustellen.

Bei der Neuordnung der Sozialversicherung wird man schließlich auch an den E r s a t z k a s s e n a l l e r A r t nicht vorübergehen können. Die Knappschaftskassen, die Seekasse, die Pensionskassen der Angestellten- und Invalidenversicherung, die Ausführungsbehörden für die öffentlichen Betriebe in der Unfallversicherung, die Möglichkeit oder Zweckmäßigkeit ihrer Eingliederung oder Umformung kann ich jedoch hier nicht mehr erörtern. Nur über die E r s a t z k a s s e n d e r K r a n k e n v e r s i c h e r u n g noch einige Worte. Sie sind berufsgenossenschaftliche und gewerkschaftliche Einrichtungen. Solange die vielfach berufliche Gliederung der Krankenkassen fortbesteht, ist m. E. ihre Beseitigung nicht berechtigt. Auch sie wurzeln fest in dem Vertrauen und dem Gemeinschafts- und Standesbewußtsein ihrer Kreise und leisten gute Arbeit. Wohl aber sollte man sie besser einfügen in das System der reichsrechtlichen Organisation. Sie könnten als Berufskrankenkassen mit der Maßgabe zugelassen werden, daß ihre Mitglieder von der Zugehörigkeit zu einer anderen Kasse gänzlich befreit sind. Die Arbeitgeber hätten dieselben Melde- und Beitragspflichten wie gegenüber einer anderen Kasse, abgesehen von der Anmeldung. Dann müßten aber die Arbeitgeber auch an der Verwaltung zu ihrem Teil mit beteiligt werden. Eine territoriale Abgrenzung dieser Berufskassen wäre ebenfalls unerläßlich, könnte jedoch auf den Bezirk einer, ausnahmsweise mehrerer Landesversicherungsanstalten erstreckt werden. Die Landesversicherungsanstalt hätte die Aufsicht über die Kassen ihres Gebiets durch die örtlichen Versicherungsämter als ihre Hilfsbehörden auszuüben. Die Zulassung der bestehenden Ersatzkassen wäre Sache der Oberversicherungsämter. Neue Ersatzkassen dürften auch künftig nicht gegründet werden. Die Verwaltung und Rechtsprechung würde sich im wesentlichen nach den

allgemeinen Normen der Reichsversicherungsordnung zu richten haben.

In der Rechtsprechung der Sozialversicherung wären grundsätzliche Änderungen wohl kaum zu empfehlen. Die Reichsversicherungsordnung hat darin die erwünschte Einheitlichkeit hergestellt. Eine Beschränkung des Instanzenzuges wäre allerdings in mancher Hinsicht noch zu erwägen. Werden die Versicherungsämter von den Versicherungsträgern abhängige Rentenfeststellungsorgane der Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung, so müßten naturgemäß unter Beseitigung des wertlosen, unnützen Einspruchverfahrens auch die Ersatzstreitigkeiten der Träger der verschiedenen Versicherungszweige auf die Oberversicherungsämter in erster Instanz übergehen. Die Einrichtung eines Schiedsverfahrens bei der Arbeitsgemeinschaft wäre für diese Streitigkeiten sicherlich vorzuziehen. Man könnte zwar auch die Übertragung der Aufgaben der Versicherungsgerichte auf die geplanten neuen Arbeitsgerichte erwägen. Dann aber müßte auch die Rechtsprechung in Militärversorgungssachen auf die Arbeitsgerichte übergehen. Vom Standpunkt der Vereinfachung und Verbilligung der Verwaltung aus ist ein Vorteil kaum davon zu erwarten, da Reichsversicherungsamt und Oberversicherungsämter bereits mit Versicherungs- und Versorgungsstreitsachen überlastet sind und diese Sachen doch im besonderen Verfahren mit besonderer Besetzung durch Beisitzer aus dem Kreise der Versicherung und Versorgung erledigt werden müssen. Es handelt sich auch um ganz besonders geartete Rechts- und Verwaltungsmaterien, denen die Vorsitzenden der Arbeitsgerichte, die aus der Ziviljustiz hervorgehen, fremd gegenüberstehen und mangels ständiger Fühlung mit der Verwaltung fremd bleiben werden. Ich halte daher die Angliederung der Rechtsprechung der Sozialversicherung an die Arbeitsgerichte für ganz unzweckmäßig.

Dieser Überblick über die Prinzipienfragen und Hauptprobleme, die bei der Reform der Sozialversicherung endlich einmal gelöst werden müssen, läßt wohl auch die Schwierigkeiten und Hemmnisse der Lösung erkennen. Das schlimmste Hemmnis aber jeder Sozialreform, und besonders dieser, sind Gleichgültigkeit und Zweifelsucht. Mit mutvollem Vertrauen muß man an die Arbeit gehen. Was in erster Linie nottut, das ist die baldige Einigung aller führenden tatkräftigen, vorurteilslosen Reformfreunde auf ein festes, zielklares Programm, das alsdann, in volkstümlichen, einfachen Leitgedanken und Sätzen zusammengefaßt, durch die Presse in die Bevölkerung getragen werden muß, um alle, die guten Willens sind, von der Notwendigkeit und Möglichkeit der Reform und vor allem davon zu überzeugen, daß eine solche Reform aufwärts führt zur besseren Kräftigung der wirtschaftlich Schwächeren gegen körperliche Schädigung und Abnahme ihrer Arbeitskraft, zur Gesundung und Gesunderhaltung unserer Volkskraft und durch opferbereite Hingabe und seelisch teilnahmsvolle Mitarbeit des erwerbstätigen Volkes in Gemeinschaft mit den Führern der Wirtschaft zum sozialen Frieden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zuziehung von Personen, die nicht den Organen der Versicherungsträger angehören, zu den Sitzungen.

Entscheidungen des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Dezember 1921 (2686 und 2687 Amtl. Nachr. 1922 S. 184, 185).

a) betreffend Mitglieder des Betriebsrats.

Die Ansicht des Kassenvorstandes, daß die Vorinstanzen eine sachliche Entscheidung im vorliegenden Falle nicht hätten erlassen dürfen, ist nicht zu billigen. Allerdings trifft es zu, daß nach § 8 RVO. Vorstandsbeschlüsse, die gegen Gesetz oder Satzung verstoßen, nur der Vorsitzende, nicht ein anderes Mitglied des Vorstandes durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde — d. h. durch Anrufen dieser — zu beanstanden hat. Die Aufsichtsbehörde kann aber nach § 30 RVO. gegen gesetz- oder satzungswidrige Beschlüsse auch von Amts wegen, auf Anregung beliebiger dritter Personen oder auch ohne eine solche,

einschreiten und durch Erlaß einer Anordnung derartige Beschlüsse als unwirksam erklären und ihre Durchführung untersagen. Um eine solche Anordnung handelt es sich in diesem Falle. Gegen die Form ihres Zustandekommens sind daher keine Einwendungen zu erheben, und es ist lediglich zu prüfen, ob sie sachlich begründet ist.

Nach § 11 RVO. sind die Sitzungen der Organe der Versicherungsträger, also auch diejenigen des Kassenvorstandes, nicht öffentlich. Das bedeutet, daß Personen, die diesen Organen nicht angehören, im allgemeinen von der Teilnahme an ihren Sitzungen ausgeschlossen sind. Dieser Grundsatz duldet indessen gewisse Ausnahmen. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2295 (Amtl. Nachr. 1916 S. 809) an der Hand des Kommissionsberichts zur Reichsversicherungsordnung ausgeführt hat, können zu den Sitzungen Personen zugezogen werden, deren Erscheinen im Interesse der Sache jeweilig gewünscht wird. Unter diesem Gesichtspunkt ist gegen die Bestimmung des § 71 Abs. 3 der Satzung, nach der der Vorsitzende Angestellte, die die Geschäfte der Kasse erledigen, als Auskunftspersonen zuziehen kann, nichts einzuwenden. Danach können nicht nur, wie das Versicherungsamt ausführt, je nach Lage des Falles der Geschäftsführer und sein Stellvertreter, sondern, wie das Oberversicherungsamt mit Recht hervorhebt, auch andere Angestellte der Kasse zugezogen werden, wenn ihre Teilnahme mit Rücksicht auf ihre dienstlichen Obliegenheiten im einzelnen Falle erwünscht ist. Auch die Zuziehung eines Mitglieds des Betriebsrats kann unter dieser Voraussetzung gerechtfertigt sein, wenn beispielsweise wirtschaftliche Interessen der Angestellten den Gegenstand der Tagesordnung bilden. Über diesen Rahmen hinaus aber ist eine Beteiligung von Angestellten nach § 11 RVO. und gemäß § 71 Abs. 3 der Satzung nicht zulässig. Insbesondere ist es mit diesen Bestimmungen nicht vereinbar, wenn ohne Rücksicht auf den Gegenstand der Beratung Angestellte an der Verhandlung ein für allemal beteiligt werden oder ihnen gar ein unmittelbarer Einfluß auf die Beratung und Abstimmung eingeräumt wird. Dies gilt auch für die Mitglieder des Betriebsrats bei einer Krankenkasse. Insbesondere ist eine Änderung dieser Rechtslage auch durch das Betriebsrätegesetz vom 4. Februar 1920 (RGBl. S. 147) nicht herbeigeführt worden. Dieses Gesetz enthält weder eine ausdrückliche Abänderung des § 11 RVO. noch wird eine solche durch die Zwecke des Betriebsrätegesetzes bedingt. Die Aufgaben und Befugnisse des Betriebsrats werden in den §§ 66 bis 77 des Gesetzes geregelt. Dabei wird zwischen Betrieben mit wirtschaftlichen Zwecken und anderen Betrieben unterschieden. Bei den erstgenannten hat der Betriebsrat, abgesehen von seinen sonstigen auf die Fürsorge für die Arbeitnehmer des Betriebs und das Einvernehmen mit dem Arbeitgeber hinzielenden Aufgaben, die Betriebsleitung durch Rat zu unterstützen, um dadurch mit ihr für einen möglichst hohen Stand und für möglichste Wirtschaftlichkeit der Betriebsleistungen zu sorgen und ferner an der Einführung neuer Arbeitsmethoden fördernd mitzuarbeiten. Insofern ist also eine beratende Einwirkung auf die Gestaltung der eigentlichen Betriebstätigkeit vorgesehen. Indessen kommt diese Art der Betätigung des Betriebsrats für die Krankenkassen nicht in Betracht, weil diese als Betriebe mit wirtschaftlichen Zwecken im Sinne jener Vorschrift nicht angesehen werden können. Wie die bisherige Literatur — anscheinend übereinstimmend — annimmt, sind als solche nur diejenigen Betriebe zu betrachten, die die Gütererzeugung oder Güterverteilung bezwecken. Bei ihnen ist regelmäßig das Gedeihen des Betriebs selbst der Hauptzweck des Unternehmens. Anders bei den Trägern der Reichsversicherung, die lediglich im Interesse der Allgemeinheit, insbesondere der arbeitenden Bevölkerung, geschaffen sind. An der Verwirklichung ihrer sozialen Aufgaben haben die Angestellten im Rahmen der ihnen übertragenen dienstlichen Obliegenheiten mitzuwirken, und Sache des Betriebsrats wird es sein, die Ausübung seiner Befugnisse den sozialen Zwecken des Betriebs anzupassen. Darüber hinaus aber liegt es ihm nicht ob, die Interessen der Versicherten wahrzunehmen. Diese Aufgabe ist vielmehr von den Organen der Versicherungsträger, hier der Krankenkasse, im Wege der Selbstverwaltung zu erfüllen, bei der den Hauptbeteiligten, den Versicherten, ein maßgebender Einfluß zusteht. Diese Selbstverwaltung und damit die freie Stellungnahme der Versicherten oder ihrer Vertreter durch eine erweiterte Beteiligung der Angestellten an der Verwaltung zu beeinträchtigen, ist nicht der Zweck des Betriebsrätegesetzes (zu vgl. Kleeis in Ortskrankenkasse). Es ergibt sich daher, daß der § 11 RVO. durch das Betriebsrätegesetz nicht berührt worden ist, und damit rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

b) betreffend Kassenangestellte.

Nach § 33 RVO. entscheidet die Aufsichtsbehörde bei Streit über die Rechte und Pflichten der Organe von Versicherungsträgern und ihrer Mitglieder. Die auf Grund dieser Vorschrift ergangene Entscheidung des Versicherungsamts kann von den Beteiligten im Beschwerdeverfahren nach der RVO. angefochten werden. Beteiligt ist auch das durch die Entscheidung betroffene Mitglied des Organs. Die weitere Beschwerde des stellvertretenden Vorsitzenden des Kassenvorstandes ist daher jedenfalls insoweit zulässig, als sie im eigenen Namen des Bezeichneten betrieben wird. Sie kann aber sachlich keinen Erfolg haben. Nach § 75 der Satzung wird die Kasse gerichtlich und außergerichtlich durch den Vorsitzenden vertreten. Für eine Mitwirkung seines Stellvertreters bei der Vertretung der Kasse ist daher,

abgesehen von dem Falle des § 68 der Satzung (Behinderung des Vorsitzenden), kein Raum. Aber auch ein Recht auf Mitwirkung des Stellvertreters bei den Obliegenheiten des Vorsitzenden im inneren Dienste der Kasse läßt sich weder aus einer Vorschrift des Gesetzes noch aus einer Bestimmung der Satzung herleiten. Dem Stellvertreter des Vorsitzenden sind, von seiner im Bedarfsfall eintretenden Vertretungsbefugnis abgesehen, keine weiteren Rechte eingeräumt als den übrigen Mitgliedern des Kassenvorstandes. Es mag zweckmäßig sein, gerade ihm, soweit dies ohne Verzögerung der Geschäfte geschehen kann, einen möglichst eingehenden Überblick über die Einzelheiten der Kassenverwaltung zu gewähren, um ihm die vertretungsweise Führung der Geschäfte, die ihm jederzeit zufallen kann, zu erleichtern. Ein Anspruch auf eine derartige Beteiligung an den Obliegenheiten des Vorsitzenden ist aber von dem Oberversicherungsamte mit Recht verneint worden.

Dagegen mußte der Beschwerde des Kassenvorstandes gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts stattgegeben werden. Allerdings sind nach § 71 Abs. 2 der Satzung die in den Vorstandssitzungen gefaßten Beschlüsse von dem „Schriftführer" in ein Protokollbuch einzutragen. Der Schriftführer wird aus den Mitgliedern des Vorstandes bestimmt und erhält nach § 66 der Satzung als Entschädigung für Zeitverlust einen Jahresbetrag von 150 M. Hieraus ist aber nicht zu folgern, daß er die bezeichneten Niederschriften unbedingt eigenhändig anzufertigen habe. Zu einer so engen Auslegung, die in vielen Fällen dem Bedürfnis nicht entsprechen würde, zwingt der Wortlaut der Satzung nicht. Allerdings ist der Schriftführer — das ist der Zweck seines Amtes und der Sinn des § 71 Abs. 2 der Satzung — für die Richtigkeit der Niederschrift verantwortlich. Es steht aber nichts im Wege, daß ihm bei der Herstellung des Schreibwerkes eine Unterstützung zuteil wird, um seine Beteiligung an der Beratung und Abstimmung des Vorstandes zu erleichtern. Zu diesem Zwecke darf zwar, wie das Bayerische Landesversicherungsamt in der Entsch. vom 19. Mai 1915 (Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 6 S. 1) mit Recht annimmt, nicht ein Privatangestellter eines Vorstandsmitgliedes zugezogen werden, da seine dauernde Anwesenheit bei sämtlichen Sitzungen mit dem Grundsatz der Nichtöffentlichkeit der Sitzungen (§ 11 RVO., § 71 Abs. 3 der Satzung) unvereinbar wäre. Dagegen kann die Zuziehung eines Kassenangestellten zur Erledigung des Schreibwerkes nicht als unstatthaft angesehen werden. Die Geheimhaltung der Vorgänge in der Sitzung wird in diesem Falle durch die dem Angestellten nach den §§ 141 ff. RVO. obliegende Amtsverschwiegenheit gewährleistet. Es ist auch nicht anzunehmen, daß durch seine Anwesenheit die unbeeinflußte Beratung und Abstimmung beeinträchtigt wird, da ihm eine über die Anfertigung der Niederschrift hinausgehende Beteiligung an der Verhandlung nicht gestattet und ein persönlicher Anspruch auf Teilnahme an der Sitzung nicht eingeräumt ist. Insofern unterscheidet sich der Fall von dem der Entsch. des RVA. vom 19. Dezember 1921 (oben a) zugrunde liegenden Sachverhalt. Falls etwa je nach der Persönlichkeit des betreffenden Angestellten bereits seine bloße Anwesenheit die Nichtöffentlichkeit oder den unbeeinflußten Verlauf der Sitzung gefährden sollte, bleibt es der Aufsichtsbehörde unbenommen, in dieser Hinsicht die erforderlichen Anordnungen zu treffen.

B. Zur Krankenversicherung.

Vorzeitige Abmeldung eines Versicherungspflichtigen ist nach § 530 Abs. 2 (nicht 1) RVO. strafbar.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Dezember 1921 (2690 Amtl. Nachr. 1922 S. 189).

Ob die vorzeitige Abmeldung eines Versicherungspflichtigen der Nichtanmeldung gleichsteht, ist nicht nur für das Strafmaß, sondern insbesondere auch für die Frage der Verjährung von wesentlicher Bedeutung. Bei den in § 530 Abs. 1 erwähnten Zuwiderhandlungen handelt es sich um strafbare Unterlassungen, die dreimonatige Verjährungsfrist des § 147 Satz 1 der RVO. beginnt daher, wenn die Anmeldung nicht vorher nachgeholt worden ist, erst mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses (zu vgl. Entsch. 2240, Amtl. Nachr. 1916 S. 597). Ebenso beginnt die Verjährung der Strafverfolgung wegen unterlassener Abmeldung eines Versicherungspflichtigen, da auch hier ein Dauerdelikt vorliegt, nicht schon mit dem Ablauf der dreitägigen Abmeldepflicht, sondern erst mit der nachgeholten Abmeldung (Entsch. 2397, Amtl. Nachr. 1917 S. 613). Anders, wenn es sich nicht um eine unterlassene, sondern vorzeitige, also unrichtige Abmeldung handelt. In diesem Falle liegt kein Dauerdelikt vor, die Verjährung beginnt also mit dem Tage, an dem die strafbare Handlung begangen, die unrichtige Abmeldung erstattet ist (§ 147 Satz 2 RVO.). Vorliegend wäre, soweit eine Zuwiderhandlung nach § 530 Abs. 2 RVO. in Betracht kommt, die Strafverfolgung demnach verjährt, da eine Unterbrechung der Verjährung nicht stattgefunden, die Krankenkasse vielmehr erst nach Ablauf der Verjährungsfrist den Antrag auf Bestrafung des Arbeitgebers beim Versicherungsamte gestellt hat und dieses erst daraufhin eingeschritten ist. Es bedarf daher schon wegen der Frage der Verjährung einer Prüfung, was für eine Zuwiderhandlung seitens des Arbeitgebers vorliegt.

Unter der Geltung des Krankenversicherungs-

gesetzes war die Frage, ob die vorzeitige Abmeldung eines Versicherungspflichtigen eine Verpflichtung zur Neuanmeldung begründet, bestritten, insbesondere soweit es sich darum handelt, ob eine solche unrichtige Abmeldung für den Arbeitgeber die Verpflichtung zur Ersatzleistung gemäß § 50 des Krankenversicherungsgesetzes nach sich zog. Die Streitfrage wurde bejaht vom Bayer. Verwaltungsgerichtshof in seinen Entsch. vom 29. April 1901 und vom 11. Juli 1903 bei Reger, Bd. 21 S. 142 und Bd. 24 S. 106; ferner vom Sächs. Oberverwaltungsgericht in der Entsch. vom 20. November 1909 bei Reger, Ergänzungsband 4 S. 108, und vom Bad. Verwaltungsgerichtshof in der Entsch. vom 20. November 1912, in Arb. Vers. 1913 S. 777. Denselben Standpunkt vertritt Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. und 9. Aufl., Anm. 2a zu § 530 RVO. Dagegen wurde die Abmeldung nicht als Zurücknahme der Anmeldung, sondern als eine besondere Handlung angesehen und mithin eine Ersatzpflicht des Arbeitgebers bei vorzeitiger Abmeldung verneint vom Braunschw. Verwaltungsgerichtshof in einer Entsch. vom 18. Januar 1905, bei Reger, Ergänzungsband 3 S. 309, und vom Württemb. Verwaltungsgerichtshof in einer Entsch. vom 30. März 1912, in ArbVers. 1912 S. 343 (zu vgl. auch Süßheim, Archiv für öffentliches Recht, Bd. 14 S. 556). Der Beschlußsenat des RVA. ist bei seiner Stellungnahme zu der Streitfrage von der Entstehungsgeschichte des § 530 RVO. ausgegangen. § 81 KrVersGes., dem der § 530 RVO. nachgebildet ist, enthielt nur eine einheitliche Strafdrohung, und zwar einer Geldstrafe im Höchstbetrage von 20 M., für Verletzungen der dem Arbeitgeber obliegenden An- und Abmeldepflicht. Daneben konnte die Kasse nach § 50 KrVersGes. dem säumigen Arbeitgeber die Ersatzpflicht für alle Aufwendungen aus einem Unterstützungsfall auferlegen, den ihr eine nicht angemeldete Person verursachte. Wie die Begründung zu § 553 des Entwurfs (§ 530 des Gesetzes) S. 253 ausführt, ist diese Ersatzpflicht des Arbeitgebers beseitigt und dafür, neben den Verpflichtungen des säumigen Arbeitgebers aus § 531 RVO., der Höchstbetrag der Geldstrafe für vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung der Anmeldepflicht wesentlich erhöht worden. § 530 Abs. 1, der diese erhöhten Strafandrohungen enthält, ist somit eine Ausnahmevorschrift gegenüber dem dem § 81 KrVersGes. nachgebildeten und nur auf die Verletzung aller Meldevorschriften ausgedehnten Abs. 2 des § 530. Ausnahmevorschriften sind aber nach allgemeinen Grundsätzen eng auszulegen. Das gilt insbesondere auf dem Gebiete des Strafrechts. Da § 530 Abs. 1 ausdrücklich nur von einer Verletzung der Anmeldepflicht spricht, so erscheint es hiernach nicht angängig, diesen Absatz in ausdehnender Auslegung des Gesetzes auch auf die Fälle der vorzeitigen Abmeldung einer versicherungspflichtigen Person entsprechend anzuwenden. Insoweit ist vielmehr eine Bestrafung nur aus § 530 Abs. 2 wegen anderweiter Verletzung der Meldevorschriften möglich.

Beschwerde gegen die Ablehnung einer Bestrafung aus § 530 RVO.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Dortmund** vom 19. Dezember 1921.

Nach § 530 Abs. 4 RVO. verhängt das Versicherungsamt die in den ersten drei Absätzen des § 530 vorgesehenen Strafen. Es „kann“ in allen Fällen die Strafe verhängen, d. h. sein freies pflichtmäßiges Ermessen entscheidet, ob überhaupt eine Strafe festzusetzen ist oder nicht. Im letzteren Falle, wenn es die Verhängung einer Strafe ablehnt, kann seine Entscheidung jedoch mit der Beschwerde nach § 530 Abs. 4 a. a. O. nicht angegriffen werden, denn nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes ist diese Beschwerde nur dann gegeben, wenn das Versicherungsamt eine Strafe festgesetzt hat. Dann hat das Oberversicherungsamt nach seinem freien pflichtmäßigen Ermessen zu entscheiden, ob die Strafe überhaupt verhängt werden durfte oder ob sie zu hoch bemessen war. Die Beschwerde ist aber unzulässig, wenn das Versicherungsamt von seiner Strafbefugnis keinen Gebrauch gemacht hat.

Anmerkung: Die hiergegen von der Kasse erhobene weitere Beschwerde ist vom Reichsversicherungsamt mit Recht als unzulässig verworfen worden, weil die Entscheidung des Oberversicherungsamts nach § 530 Abs. 4 Satz 2 RVO. endgültig, also einem Rechtsmittel schlechthin unzugänglich ist, auch wenn das Oberversicherungsamt in eine Sachprüfung nicht eingetreten ist, sondern die Beschwerde, gleichviel aus welchem Grunde, als „unzulässig“ verworfen hat. — Eine andere Frage ist die, ob nicht tatsächlich das Oberversicherungsamt fehlgegangen ist. Das Reichsversicherungsamt hat in der Entsch. 2167 (Amtl. Nachr. 1916 S. 381, ArbVers. 1916 S. 369) auch die Ablehnung der Bestrafung als mit der Beschwerde nach § 530 Abs. 4 RVO. anfechtbar erachtet und in den Gründen näher ausgeführt, daß nur eine allzu enge, mit dem Zwecke des Gesetzes nicht vereinbare Wortauslegung zu der Annahme führen könne, daß nur die Strafverhängung mit der Beschwerde anfechtbar sei.

C. Zur Unfallversicherung.

Anspruch eines berufsgenossenschaftlichen Angestellten auf Gehalt während seiner Kriegsdienstzeit?

Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 4. Nov. 1921 (3096 Amtl. Nachr. 1922 S. 169).

Der technische Aufsichtsbeamte F. ist, nachdem er vom 1. Januar 1912 an zunächst probeweise von einer Baugewerks-Berufsgenossenschaft beschäftigt worden war, als solcher durch Vorstandsbeschluß vom 28. November 1912 vom 1. Januar 1913 an mit Anspruch auf Ruhegehalt und einer Dienstzeit ab 1. Januar 1908 unter den Bedingungen der Dienstordnung vom 27. Juni 1902 angestellt worden. Dabei wurde der Zeitpunkt, mit welchem die den Anspruch auf Ruhegehalt begründende Dienstzeit zu laufen beginnen sollte, auf den 1. Januar 1908 festgesetzt. Entsprechend dem Tarifabkommen vom 10. Juli 1920 gilt die Anstellung als unkündbar (lebenslänglich). Der Beginn des Besoldungsdienstalters ist dabei auf den 6. November 1896 festgesetzt worden.

F. ist am 8. März 1917 als Landsturmmann zum Heeresdienst eingezogen worden, zuletzt war er Beamtenstellvertreter beim Militäramt II in M. Am 12. Dezember 1918 ist er entlassen worden. Während seiner Dienstzeit erhielt er von der Berufsgenossenschaft bis zum 8. Juni 1917 volles Gehalt, von da an für seine Familienangehörigen — Frau und Kind — monatliche Unterstützung von 90—120 M.

Auf Grund des § 705 RVO. hat F. die Zahlung des vollen Gehalts mindestens ab 1. Juli 1918 verlangt. Er hat sich dabei auf § 694 a. a. O. bezogen und ausgeführt, daß beim Fehlen einer angemessenen Regelung der Dienstverhältnisse lebenslänglich angestellter Beamten diese volle Gehaltszahlung für die Dauer der Kriegsleistung zu beanspruchen hätten. Der Genossenschaftsvorstand hat beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen. In diesem Sinne hat das Reichsversicherungsamt entschieden aus folgenden Gründen:

... Vorliegend kann es keinem Zweifel unterliegen, daß sich F. bei seiner Einziehung zum Heere (8. März 1917) noch in kündbarer Stellung befand, da er, wie unstreitig ist, erst 10 Jahre nach Beginn des Pensionsdienstalters (1. Juli 1908) eine Anwartschaft auf unkündbare, lebenslängliche Anstellung haben konnte (§§ 17, 18 der Dienstordnung vom 27. Januar 1902). Daran kann die Tatsache nichts ändern, daß inzwischen seine lebenslängliche Anstellung entsprechend den tariflichen Vereinbarungen erfolgt und dabei der Beginn des Pensionsdienstalters auf den 6. November 1896 festgesetzt worden ist. Denn tarifliche Vereinbarungen können nur so weit rückwirkende Kraft haben, als sie ihnen ausdrücklich beigelegt ist. Im übrigen scheint der Beschwerdeführer auch nicht ernstlich bestreiten zu wollen, daß er bei der Einziehung noch in kündbarer Stellung war. Auch darüber sind die Parteien im Grunde einig, daß sich der Anspruch des Beschwerdeführers nach den Bestimmungen der Dienstordnung vom 26. Juni 1913 richtet, soweit nicht sein mit der Berufsgenossenschaft vor dem Inkrafttreten des 3. Buches der RVO. abgeschlossener Dienstvertrag für ihn günstiger ist. Das ist auch im § 3 der Dienstordnung vom 26. Juni 1913 ausdrücklich vorgesehen und gilt für alle ständigen Angestellten, mögen sie kündbar oder unkündbar angestellt sein. Es kommt somit zunächst darauf an, zu vergleichen, wie die beiden Dienstordnungen die Fälle der unfreiwilligen Dienstbehinderung, insbesondere eine durch die Einziehung zum Heeresdienste bedingte, geregelt haben. § 18 der neuen Dienstordnung gewährt ohne Rücksicht auf kündbare oder unkündbare Anstellung der Angestellten bei Erkrankungen, militärischen Dienstleistungen und sonstigen unverschuldeten Behinderungen für die ersten drei Monate volles Gehalt und überläßt dem Vorstand, bei längerer Behinderung über die Weiterzahlung von Gehalt zu entscheiden. § 11 der alten Dienstordnung bestimmt nur für den Fall der Dienstunfähigkeit eines nicht ruhegehaltsberechtigten Angestellten durch Krankheit, daß diesem fristlos gekündigt werden kann, das Gehalt aber für drei Monate zu zahlen ist. Die Regelung des Gehaltsanspruchs in den Fällen unverschuldeter Dienstbehinderung ist demnach in der früheren Dienstordnung lückenhaft, insbesondere ist der Fall der Einziehung zu einer militärischen Dienstleistung nicht erwähnt. Bei dem Mangel einer ausdrücklichen Regelung kann nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, daß die früheren Dienstverträge den Angestellten für den Fall der unverschuldeten Dienstbehinderung schlechter gestellt haben. Ebensowenig ist aber die Auffassung des Beschwerdeführers berechtigt, daß sich aus § 11 der früheren Dienstordnung für ihn der Anspruch auf volles Gehalt für die Dauer seines Kriegsdienstes ergebe. Vielmehr müssen mangels einer ausdrücklichen Regelung zur Ergänzung die für ähnliche Verhältnisse gegebenen gesetzlichen Vorschriften herangezogen werden. Hierbei kommt das Beamtenrecht schon deshalb nicht ausschlaggebend in Betracht, weil die Angestellten der Berufsgenossenschaften anerkanntermaßen zur Zeit weder Staats- oder Gemeindebeamten sind, noch als solche gelten können, wenn auch die Rechtsverhältnisse vergleichbarer Beamtenklassen zur Herbeiführung einer „angemessenen" Regelung der Dienstverhältnisse der berufsgenossenschaftlichen Angestellten bei der Abfassung der Dienstordnung zu berücksichtigen waren (zu vgl. Begr. zur RVO. S. 315 ff., Moesle-Rabeling a. a. O. Anm. 2 und 6 zu § 690). Da der Anstellungsvertrag nach der jetzigen Regelung vielmehr den Grundcharakter eines privatrechtlichen Dienstvertrags hat (zu vgl. Moesle-Rabeling a. a. O.), waren bei der Prüfung der Frage, ob § 11 der alten Dienstordnung den Beschwerdeführer günstiger stellt, die entsprechenden Vorschriften des Privatrechts heranzuziehen. Daß eine sinngemäße Anwendung des § 63 HGB. den Beschwerdeführer nicht besser stellen würde, bedurfte keiner näheren Er-

örterung. Aber auch § 616 BGB. läßt sich nicht zu seinen Gunsten verwerten, wonach der zur Dienstleistung Verpflichtete des Anspruchs auf Vergütung nur dann nicht bei unverschuldeter Dienstbehinderung verlustig geht, wenn er „für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird." Ob eine solche Dienstbehinderung vorliegt, ist Tatfrage und nicht allgemein, sondern nach den Umständen des Einzelfalls zu entscheiden (zu vgl. Oertmann, Recht der Schuldverhältnisse, 2. Aufl. S. 603 Anm. 1 ff. zu § 616, Staudinger, Kommentar zum BGB., 7./8. Aufl. II. Band II. Teil S. 1103 Anm. 3, Entsch. des Kammerger. vom 23. Januar 1907, Rechtspr. der OLGer. Bd. 17 S. 406, Entsch. des RVA. 2901, Amtl. Nachr. 1916 S. 668). Dabei ist allerdings davon auszugehen, daß die Vorschrift zwar sozialen Rücksichten ihre Entstehung verdankt und eine Ausnahmebestimmung zugunsten des Arbeitnehmers darstellt. Indes dürfen diese Erwägungen nicht zu einer unberechtigten Schädigung der Arbeitgeber führen, vielmehr werden die Interessen beider Parteien abzuwägen und unter Berücksichtigung der Gesamtlage der Beteiligten die Umstände des einzelnen Dienstverhältnisses, insbesondere seine bestimmungsmäßige Dauer von Bedeutung sein (zu vgl. Oertmann a. a. O., Anm. d, Staudinger a. a. O., Anm. 3b, Endemann, Lehrb. des Bürgerl. Rechts, 9. Aufl., S. 1092 Anmerk. 2, 8 zu § 174). Bei Verträgen von unbestimmter Dauer wird die Kündigungsfrist einen wichtigen Anhaltspunkt bilden (zu vgl. Staudinger a. a. O., Anm. 3c). Wenn auch der Rechtsübung der Gewerbe- und Kaufmannsgerichte, welche grundsätzlich die jeweilige Kündigungsfrist als einen nicht unerheblichen Zeitraum im Sinne des § 616 BGB. ansehen, nicht ohne weiteres beigetreten wird, so ist das RVA. doch der Ansicht, daß dieser Maßstab geeignet ist, bei einem kündbaren Dienstverhältnis nach oben für die Bestimmung dieses Begriffs eine brauchbare Grenze zu schaffen. Über diese Grenze hinauszugehen, besteht schon deshalb kein Anlaß, weil der kündbare Angestellte jederzeit mit einer Kündigung und damit mit einer Änderung seiner Lebensverhältnisse rechnen muß. Ob und wie weit hinter dem so begrenzten Zeitraum zurückgeblieben werden darf, hängt wieder vom Einzelfall ab. Es wird besonders darauf ankommen, das Verhältnis der geleisteten Arbeit zu der, wenn auch ohne Schuld, nicht geleisteten festzustellen und dabei je nach den Umständen die verflossene oder die in der Zukunft zu erwartende Arbeitsdauer oder beide zusammen zu berücksichtigen (zu vgl. Staudinger a. a. O.). Auch wird es einen erheblichen Unterschied machen, ob ein kleiner Handwerker statt des behinderten Gesellen eine teure Hilfskraft bezahlen muß oder in einem Großbetrieb ein Angestellter eine Zeitlang ausfällt. Schließlich wird immer zu berücksichtigen sein, daß nach der ganzen Fassung des § 616 nur verhältnismäßig kurze Zeiträume in Betracht kommen können. Hiervon ausgehend, würde F. mit Rücksicht auf § 5 der alten Dienstordnung, worin für die technischen Aufsichtsbeamten eine Kündigungsfrist von 6 Monaten vorgesehen ist, Anspruch auf Weiterzahlung des vollen Gehalts für eine dienstliche Behinderung von höchstens 6 Monaten haben, wobei unterstellt werden mag, daß der § 616 BGB. nicht nur für die Fälle der früher üblichen vierzehntägigen bis achtwöchigen militärischen Übungen, sondern auch für die durch die Mobilmachung bedingte Einziehung zum Heeresdienst anzuwenden ist. Da F. aber unstreitig viel länger Kriegsdienst getan hat (21 Monate), kann ihm die erwähnte Gesetzesvorschrift überhaupt nicht zugute kommen (zu vgl. Entsch. 2901, Amtl. Nachr. 1916 S. 668). Es brauchte deshalb auch nicht untersucht zu werden, ob mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse des vorliegenden Falles Anlaß besteht, hinter dem durch die Kündigungsfrist begrenzten Zeitraum zurückzubleiben. Der alte Dienstvertrag ist eben für den Beschwerdeführer nicht günstiger, und es muß somit bei der Anwendung des § 18 der neuen Dienstordnung bewenden.

Es konnte auch nicht anerkannt werden, daß sich die Lage dadurch wesentlich geändert hat, daß F. vom 1. Juli 1918 an als unkündbar angestellt anzusehen war. Dabei konnte dahingestellt bleiben, ob nicht das Dienstverhältnis des F. als ein einheitliches zu betrachten und schon aus diesem Grunde eine Zerreißung in zwei nach verschiedenen rechtlichen Gesichtspunkten zu beurteilende Zeitabschnitte unzulässig ist. Jedenfalls besteht auch bei einem lebenslänglich Angestellten einer Berufsgenossenschaft im Falle seiner Einziehung zum Kriegsdienst kein Anlaß, den Begriff der „verhältnismäßig nicht erheblichen Zeit" anders auszulegen als bei einem kündbar Angestellten. Hierbei erschien die Gesamtlage der Parteien, wie sie durch die Kriegsverhältnisse bedingt war, maßgebend. Es müßte ins Gewicht fallen, daß mit dem Eintritt in den Heeresdienst das Reich für den Unterhalt des Beschwerdeführers sorgte und seiner Familie gesetzliche Unterstützungen und wirtschaftliche Erleichterungen zustanden. Anderseits ging die Berufsgenossenschaft lange Zeit der Dienste des Beschwerdeführers verlustig, sie mußte den Ausfall seiner Arbeitskraft ersetzen in einer Zeit, wo die Unternehmer in einer schwierigen Lage waren und die Berufsgenossenschaft Mühe hatte, die zur Durchführung ihrer Aufgaben erforderlichen Mittel aufzubringen. Berücksichtigt man ferner, daß F. bei seiner Einziehung erst wenige Jahre im Dienste der Berufsgenossenschaft stand, und daß sich anderseits deren wirtschaftliche Nöte während des Krieges zunehmend verschärften, kann

der Berufsgenossenschaft nicht zugemutet werden, ihm, abgesehen von einer Übergangszeit von einigen Monaten, das Gehalt weiterzuzahlen (zu vgl. Entsch. des Bayer. Landesversicherungsamts vom 14. März 1918, in den Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 10 S. 233 Nr. 93). Auch der lebenslänglich Angestellte kann keinen Anspruch auf doppelte Bezüge während der ganzen Dauer seiner Einziehung zum Kriegsdienst erheben. Auch hier muß eine Berufung auf das Beamtenrecht versagen, ganz abgesehen davon, daß es nicht zutrifft, daß die Beamten durchweg ihr volles Gehalt während ihrer Einziehung zum Kriegsdienst bezogen haben (zu vgl. § 66 RMilGes. vom 2. Mai 1874 und 6. Mai 1880, AusfBest. dazu v. 18. Mai 1888, Zentralbl. f. d. Deutsche Reich Nr. 20 S. 169, Kriegs-Besoldungs-Vorschrift S. 95 ff. Anl. 1). Nach alledem bestand kein Anlaß, von der im 5. Bande der Entscheidungssammlung von Breithaupt S. 140 veröffentlichten Entscheidung des RVA. vom 21. Februar 1916, wonach unkündbar Angestellte einer Berufsgenossenschaft als Kriegsteilnehmer keinen über die Dienstordnung hinausgehenden Anspruch auf Weiterzahlung des Gehalts haben, abzuweichen. Ebenso ist die grundsätzliche Entsch. des RVA. vom 29. Mai 1919 (Amtl. Nachr. 1916 S. 668 Ziff. 2901) aufrechtzuerhalten, die eine Kriegsdienstleistung von 7 Monaten als erheblich im Sinne des § 616 BGB. angesehen hat. Der von dem Beschwerdeführer angeführte Schiedsspruch betrifft einen ganz anders gelagerten Fall. Jedenfalls ist die Berufsgenossenschaft ihren Verpflichtungen durchaus nachgekommen, wenn sie dem Beschwerdeführer für 3 Monate volles Gehalt und alsdann seiner aus zwei Köpfen bestehenden Familie Unterstützungen zahlte, die etwa ein Drittel seines Gehalts betrugen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das Branntweinmonopolgesetz

in seiner neuen Fassung (RGBl. 1922 S. 405 ff.) bestimmt u. a. im § 92, daß Branntwein zu ermäßigten Preisen zur Herstellung von Heilmitteln abgegeben werden darf, und ferner im § 118 (Ziff. 3), daß aus der Monopoleinnahme dem Reichsminister der Finanzen jährlich bis zu 35 Millionen Mark zur Verfügung zu stellen sind „zur Ermäßigung der Kosten der weingeisthaltigen Heilmittel für die minderbemittelten Volkskreise, wovon den Krankenkassen (§ 225 RVO.) und den knappschaftlichen Krankenkassen sowie den Krankenkassen der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden für jedes Mitglied und Jahr mindestens 1,50 M. als Rückvergütung zu gewähren sind. Ersatzkassen (§§ 503 ff. RVO.) werden den vorgenannten Krankenkassen bezüglich ihrer versicherungspflichtigen Mitglieder gleichgestellt. Aus dem Betrage von 35 Millionen Mark sind auch die Kosten der Verteilung unter die Krankenkassen zu bestreiten. Die Beträge sind in den Reichshaushaltsplan einzustellen."

Über die „leidige Doppelversicherung" (Invaliden- und Angestelltenversicherung)

schreibt Landesrat Helms, Lübeck, in der „Sozialen Praxis" v. 22. 3. 22: Als seinerzeit die Angestelltenversicherung eingerichtet wurde, erfaßte sie einen sehr großen Teil der in der Invalidenversicherung bereits gesetzlicher Pflicht gemäß versicherten Angestellten. Nach oben hin ging sie mit den leitenden Angestellten und den besser gelohnten Angestellten (2000—5000 M.) über die Invalidenversicherung hinaus, nach unten hin überließ sie ihr allein die Büroangestellten mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen (die Praxis hat als solche bekanntlich im wesentlichen nur das bloße Abschreiben mit Hand oder Maschine gelten lassen). Alles, was dazwischen lag, die große Zahl der Angestellten mit einem Jahreseinkommen bis zu 2000 M. (1913!) unterlag doppelter Versicherungspflicht. Demgemäß wurden in § 172 AVG. die Beiträge für die Gehaltsklassen A—E so bemessen, daß sie erst mit den Beiträgen zur Invalidenversicherung zusammen den Regelsatz von 8 v. H. erreichten. So mochte die Doppelversicherung immerhin erträglich sein — eine gekünstelte Lösung war und blieb sie von Anfang an.

Inzwischen hat sich nun unter dem Einfluß der Geldentwertung das Bild völlig verschoben. Die Angestelltenversicherung hört jetzt bei 30 000 M. Jahresarbeitsverdienst auf, die Invalidenversicherung hat für diejenigen Angestellten, für die die Verdienstgrenze gilt — für die Gruppen § 1226 RVO. Nr. 2 bis 5 sowie für Schiffer — noch immer die — lächerliche! — Verdienstgrenze von 2000 M. Es sind also alle Angestellten der Gruppen 2—5 sowie die Schiffer inzwischen aus der Invalidenversicherungspflicht herausgewachsen. Nach wie vor gilt sie jedoch für die große Zahl der als Gehilfen nach § 1226 Nr. 1 anzusehenden Angestellten, d. h. der einfachen Bürogehilfen, die im wesentlichen ausführende Arbeit unter Aufsicht und Leitung verrichten, sowie für die Schiffsoffiziere und sonstigen Schiffsangestellten in gehobener Stellung (warum man diese Gruppe, als man 1899 im IVG. für den Schiffer die Verdienstgrenze einführte, nicht gleichfalls unter diese einbezogen hat, ist schwer verständlich; die RVO. hat diesen Punkt anscheinend gedankenlos aus dem IVG. übernommen). Diese beiden Gruppen, Büroangestellte in nicht gehobener Stellung (diese allerdings mit Ausnahme der lediglich mechanisch beschäftigten, die ja nur invalidenversicherungspflichtig sind; aber das ist die Minderheit) und Schiffsoffiziere unterliegen also nach wie vor der Doppelversicherung, nur daß nunmehr in den höheren, dem jetzigen Gehalt entsprechenden Gehaltsklassen die Beiträge nicht mehr darauf abgestimmt sind, sie vielmehr — und ihre Arbeitgeber mit ihnen — die volle Last der stark erhöhten Beiträge zu tragen haben. Daß ihnen, Arbeitgebern wie Angestellten, dieser Rechtszustand völlig unverständlich und unerträglich ist, daß ihnen insbesondere die Aussonderung der Angestellten, die sich einerseits nicht in gehobener (mindestens dem Sekretär in der Beamtenhierarchie gleichwertiger) Stellung befinden, andererseits aber nicht mechanische Dienste leisten, als dop-

pelversicherte Mittelgruppe der Büroangestellten durchaus nicht einleuchten will, daß sie sich mit Händen und Füßen gegen die Doppelversicherung wehren, ist leicht begreiflich. Die Folge davon ist, wenn nicht etwa die Landesversicherungsanstalt die Zügel schleifen läßt — was man ihr nicht wohl zumuten kann, was sie vor allem auch gar nicht darf — eine Fülle von ganz unfruchtbarer Reibung, endlose Streitverfahren nach § 1459 RVO. mit weitläufigen und schwierigen Feststellungen über die „gehobene Stellung"; nur wenn diese gegeben ist, entfällt im Hinblick auf die Verdienstgrenze die Invalidenversicherungspflicht und damit die Doppelversicherung. Das Problem kehrt wieder bei den reinen Schreibhilfen des Kaufmanns (Stenotypisten und Schreibmaschinisten). Sind sie Handlungsgehilfen, so gilt für sie die Verdienstgrenze und damit Invalidenversicherungsfreiheit; sind sie dagegen Gehilfen im Sinne des § 1226 Nr. 1 — und sie sind es deswegen, weil sie keine kaufmännischen Dienste leisten; wohl gehört die „Korrespondenz" zum Grundtyp kaufmännischer Dienste, aber stenotypieren ist nicht korrespondieren, sondern bloße Hilfsarbeit dafür; so der, wenigstens für die Sozialversicherung richtige, festzuhaltende Standpunkt — so gilt auch für sie (wenigstens für die Stenotypisten; die Schreibmaschinisten fallen wegen mechanischer Dienste aus der Angestelltenversicherung heraus) die Doppelversicherung.

Das ist ein auf die Dauer unerträglicher Zustand. Eine wirkliche Lösung dieser Schwierigkeit bietet einzig und allein die vielumstrittene Verschmelzung der Invaliden- und der Angestelltenversicherung. Das Für und Wider hier zu erörtern ist nicht meine Aufgabe, nur das ist zu betonen, daß sie auch von der hier erörterten Frage aus dringend zu fordern ist. Jede andere Lösung ist ein Unrecht an der Invalidenversicherung. Es ist schon schlimm genug, daß man sie, offensichtlich und lediglich der Angestelltenversicherung zuliebe, bei der längst sinnlosen Verdienstgrenze von 2000 M. für die Mehrzahl ihrer Angestellten festgehalten und ihr dadurch diese tatsächlich entzogen hat — eine starke und doch wohl absichtliche Begünstigung der Angestelltenversicherung durch die Reichsregierung. Nur die Verschmelzung beider Versicherungszweige gibt Gewähr, daß jeder Angestellte, wie jeder Arbeiter, einfach nach Maßgabe seines Jahresarbeitsverdienstes versichert wird, ohne daß es auf schwierige Abgrenzung der einzelnen Gruppen noch ankäme. Wollte man dagegen die unteren Angestellten lediglich in der Invalidenversicherung belassen, indem man in § 1 Nr. 2 AVG. die Büroangestellten streicht und sie nur, soweit sie als Angestellte in gehobener Stellung anzusehen sind, in der Angestelltenversicherung beläßt, dann aber, mit den übrigen gehobenen Angestellten, Handlungsgehilfen, Lehrern usw. aus der Invalidenversicherung freiläßt, so bleiben die oben erörterten leidigen Abgrenzungsfragen in ihrer ganzen reibungsvollen Unfruchtbarkeit bestehen. Das aber sollten wir uns nicht leisten können!

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Rückforderung zu Unrecht gezahlter Zusatzbeiträge von der Krankenkasse.

1. **Nach Rendsburg.** Frage: Die Entscheidung des RVA. vom 24. 11. 21 (ArbVers. 1922 Heft 7 S. 105) besagt, daß durch unbeanstandete Annahme von Zusatzbeiträgen Anspruch auf Familienhilfe nicht begründet wird. Wir bitten um Auskunft, ob dem Versicherten der für eine nicht anspruchsberechtigte Familienangehörige eingezahlte Zusatzbeitrag zurückzuzahlen ist.

Antwort: Auch Zusatzbeiträge, die ohne rechtlichen Grund an die Kasse gezahlt sind, können unter dem Gesichtspunkt ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB.) in derselben Weise wie andere Beiträge zurückgefordert werden (zu vgl. auch § 29 Abs. 2, § 405 Abs. 2 RVO.).

Gleichwertigkeit der Leistungen bei Schließung einer Betriebskrankenkasse.

2. **Nach Viersen.** Antwort: In § 261 RVO. ist bestimmt, daß für die Gleichwertigkeit der Leistungen die Allgemeine Ortskrankenkasse des Bezirks maßgebend ist. Das ist eine allgemeine Vorschrift, die keine Unterschiede zwischen den einzelnen Fällen macht. Sie muß daher für den Fall der Errichtung einer Betriebskrankenkasse (§ 248 Ziff. 2) gelten. Wenn nun § 274 RVO. vorschreibt, daß eine nicht angeordnete Betriebskrankenkasse geschlossen wird, wenn ihre Leistungen denen der maßgebenden Krankenkasse nicht gleichwertig sind, so wird hier der Maßstab derselbe sein müssen wie bei der Errichtung. Die Leistungen der besonderen Ortskrankenkasse, welcher die bisherigen Mitglieder der Betriebskrankenkasse nach deren Schließung zufallen, sind also nicht zum Vergleich heranzuziehen.

Gesamteinkommen bei Versicherungsberechtigung.

3. **Nach Meßkirch.** Antwort: Gesamteinkommen umfaßt das gesamte Einkommen, das jemand bezieht, gleichviel, aus welchen Quellen. Es gehören also nicht nur der Arbeitsverdienst, sondern auch Einkünfte aus Gewerbe, Grundbesitz und Kapital, z. B. Darlehens- und Hypothekenzinsen, Grundrenten, Altersrenten, auch Pensionen dazu. Das Gesamteinkommen steht im Gegensatz zum Arbeitsverdienst, von dem im § 165 Abs. 2 RVO. die Rede ist. In § 176 handelt es sich aber stets nur um das Einkommen derjenigen Person, deren Versicherungsberechtigung in Frage steht. Es kommt somit darauf an, ob das Gesamteinkommen der Ehefrau 40 000 M. jährlich nicht übersteigt. Das Einkommen des Ehemannes ist daher dem ihrigen nicht zuzurechnen.

Leistungspflicht und Ersatzanspruch der Krankenkasse bei erneuter Erkrankung an Unfallfolgen.

4. **Nach Römhild.** Antwort: Wenn es feststeht, daß die Erkrankung des Kassenmitgliedes vom 19. 9. 21 eine Folge des vor mehreren Jahren erlittenen Betriebsunfalls ist, so hatte sofort die Berufsgenossenschaft für den Versicherten einzutreten;

denn nach § 558 RVO. sind die dort bezeichneten Leistungen an Unfallentschädigung vom Beginne der 14. Woche nach dem Unfalle — nicht nach der Erkrankung! — zu gewähren. Dadurch wurde allerdings die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht berührt, aber sie kann, nachdem sie nunmehr den Versicherten durch Gewährung von Krankenhilfe nach §§ 182, 183, 184 RVO. vollständig ausgesteuert hat, nach näherer Vorschrift der §§ 1501 bis 1507 RVO. Ersatz aus der Unfallentschädigung beanspruchen. Da die Berufsgenossenschaft das Krankenhaus ersucht hat, nach Ablauf der 26. Woche auf Kosten der Genossenschaft weiter zu behandeln, scheidet für diese weitere Zeit die Kasse als Beteiligte vollständig aus.

Kriegswochenhilfe für Entbindungsfälle nach der Dienstentlassung des Kriegsteilnehmers.

5. **Nach Berlin-Tempelhof.** Antwort: Wir halten die Auffassung des Versicherungsamts für richtig und die der Kasse für irrig. Der § 1 der Vrdg. v. 21. 12. 18, der im § 8 Abs. 2 Satz 2 des Ges. v. 26. 9. 19 für die Zeit nach der Entlassung als entsprechend anwendbar erklärt ist, hat den Sinn, daß unter den näher bestimmten Voraussetzungen die Kriegswochenhilfe noch zu gewähren ist, wenn die Entbindung binnen sechs Wochen nach der Dienstentlassung stattfindet, und daß dies „auch bei Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit" gilt. Danach ist allgemeine Voraussetzung des Anspruchs, daß die Entbindung spätestens binnen jenen sechs Wochen erfolgt ist; ist diese Voraussetzung gegeben, dann soll der Anspruch „auch", das heißt „sogar" noch dann gelten, wenn der frühere Kriegsteilnehmer bereits eine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen hat. Ist dagegen die bezeichnete Voraussetzung nicht gegeben, so besteht der Anspruch in keinem Falle. Anzunehmen, daß die Frist von sechs Wochen nicht in Betracht kommt, wenn der frühere Kriegsteilnehmer an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Verwundung gehindert war, ist sprach- und sinnwidrig.

Anfechtung von Wahlen zum Ausschuß einer Betriebskrankenkasse durch den Betriebsrat?

6. **Nach M.** Antwort: Trotz ihrer rechtlichen Selbständigkeit und getrennten Verwaltung (§§ 3, 4, 25 ff., 363 ff. RVO.) bleiben die Betriebskrankenkassen doch Betriebseinrichtungen des Arbeitgebers (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. 2208, Amtl. Nachr. 1916 S. 522, ArbVers. 1916 S. 587). Daraus folgt aber nicht, daß der für den Betrieb des Arbeitgebers gebildete Betriebsrat befugt sei, gegen die Wahl der Ausschußmitglieder zur Betriebskrankenkasse „Einspruch zu erheben" mit der Wirkung, daß nunmehr ein „Streit über die Gültigkeit der Wahlen" bestände, über den das Versicherungsamt nach § 33 RVO. zu entscheiden hätte. Denn ein Recht, die Wahlberechtigten oder die Kassenorgane im Streitverfahren vor den Behörden zu vertreten, läßt sich aus den in den §§ 1, 66 Betr. RäteGes. umgrenzten Aufgaben des Betriebsrates nicht herleiten (zu vgl. auch ArbVers. 1920 S. 53, Anm.); und besonders verfehlt erscheint es, wenn der Betriebsrat sein Einspruchsrecht damit zu begründen versucht, daß er nach § 66 Ziff. 9 a. a. O. „an der Verwaltung von Pensionskassen und sonstigen Betriebswohlfahrtseinrichtungen mitzuwirken" habe. Bei dieser Vorschrift ist nur an private Einrichtungen, nicht auch an eine Kasse zu denken, die Trägerin der öffentlich-rechtlichen Reichsversicherung ist. Zu beachten ist aber, daß, wenn es sich um die Frage der Gültigkeit oder Ungültigkeit von Wahlen wegen wesentlicher Verstöße gegen Gesetz oder Satzung oder Wahlordnung handelt, das Versicherungsamt auch von Amts wegen in eine Prüfung eintreten und einem ersichtlich ungesetzlichen Zustande durch Ungültigkeitserklärung ein Ende machen kann (§§ 30, 31 RVO.; zu vgl. Hahn, Anm. 3 Abs. 2 zu § 33 RVO.). Hierzu kann, wie jeder Dritte, auch der Betriebsrat die Anregung geben.

Beitrittsrecht nach § 176 RVO. bei Versicherungsfreiheit nach § 169.

7. **Nach Lindau.** Antwort: „Versicherungsfreie" Beschäftigte im Sinne des § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. sind solche, die wegen einer Beschäftigung von der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art an und für sich regelmäßig versicherungspflichtig sind, die aber aus besonderen Gründen, **so namentlich auch nach** § 169, ausnahmsweise der Versicherungspflicht nicht unterliegen (Entsch. des RVA. 2183, Amtl. Nachr. 1916 S. 433, ArbVers. 1916 S. 513b). Wenn hiernach Volksschullehrer, die als „Beamte" eines Staates nach § 169 Abs. 1 versicherungsfrei sind, zweifellos unter den übrigen Voraussetzungen der §§ 176, 310 der Kasse freiwillig beitreten können (ArbVers. 1922 S. 96 Ziff. 6), so folgt daraus keineswegs, wie Sie annehmen, daß auch sämtlichen Betriebsbeamten, Werkmeistern und anderen Angestellten des Reichs usw. bei einem Jahreseinkommen von nicht über 40 000 M. das Beitrittsrecht zugestanden werden müßte; denn nur, wenn diese Personen gleichfalls „Beamte" im öffentlich-rechtlichen Sinne (§ 169 Abs. 1) oder auf Lebenszeit oder unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind (§ 169 Abs. 2), sind sie versicherungsfrei.

Ununterbrochene Pflichtversicherung bei geregelten wiederkehrenden Arbeitsunterbrechungen.

8. **Nach Geyer.** Antwort: Wenn die Beschäftigung des Arbeiters, als sog. Kurzarbeiters in einem Notstandsbetriebe, so geregelt war, daß er während des letzten Sommers immer zwei Wochen arbeitete, dann aber eine Woche aussetzen mußte, so ist ein fortdauerndes, einheitliches Beschäftigungsverhältnis und folglich eine ununterbrochene Pflichtmitgliedschaft bei der zuständigen Ortskrankenkasse anzunehmen, weil es sich um kurze Unterbrechungen der tatsächlichen Arbeitsleistung handelte, nach denen alsbald wieder eine Lohnzahlung stattfinden sollte, die dem Arbeitnehmer die Erfüllung der Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglichte (zu vgl. die Entscheidungen bei Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 21 zu § 165 RVO.). Demgegenüber ist es ohne rechtliche Bedeutung, daß der Arbeitgeber die aussetzenden Arbeiter beim Schichtwechsel immer ab- und dann wieder anmeldete. Die Krankenkasse aber lehnt zu Unrecht die freiwillige Weiterversicherung des jetzt aus dem Beschäftigungsverhältnis Ausgeschiedenen ab, indem sie die Zeit der Arbeitsunterbrechung nicht als Versicherungszeit anrechnet und deshalb die Vorversicherungszeit von sechs Wochen nach § 313 Abs. 1 RVO. nicht als erfüllt ansieht.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1353 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. Mai 1922 | Heft 15

Die Deckung der wachsenden Krankenhauskosten.

Von Krankenhausverwalter **Waldmann** in Augsburg.

Nach dem Aufsatz von **Bergmann** im Heft 5 S. 67 dieser Zeitschrift könnte man wirklich zu der Ansicht kommen, daß ausschließlich die unheimlich anwachsenden Krankenhauskosten geeignet sind, die ganze Krankenversicherung lahm zu legen. Da der Verfasser des Aufsatzes es als den vornehmsten Grundsatz jeder soliden Kassenverwaltung bezeichnet „keine Ausgabe ohne Deckung", so darf billigerweise doch wohl dieser Grundsatz auch für die Gemeindeverwaltungen im allgemeinen und die Krankenhausverwaltungen im besonderen in Anspruch genommen werden. Auch diese Verwaltungen stehen der katastrophalen Wirkung der enormen Teuerung ratlos gegenüber. In dem erwähnten Aufsatz wirkt nur der Hinweis auf die Ausführungen des Stadtrats von **Frankenberg** in der ArbVers. 1920 S. 226 aufmunternd, der eine Verständigung zwischen den Gemeinden und den Versicherungsträgern wünscht, um einen gerechten und verständigen Ausgleich herbeizuführen und unnötige Streitigkeiten zu vermeiden. In diesem Sinne sind auch die Gedanken hier niedergelegt, einerseits um Unrichtigkeiten zu begegnen, anderseits um Übertreibungen richtigzustellen.

Die Krankenhäuser in Deutschland sind seit Kriegsende schlecht belegt. Der Grund hierfür wurde von seiten der Krankenhausverwaltungen erblickt: 1) in der vermehrten Zahl der Ärzte; 2) in der Höhe des den Versicherten gewährten Krankengeldes; 3) in der Abneigung der Kranken, sich in Krankenhäuser einweisen zu lassen; 4) in dem Verhalten eines Teiles der Krankenkassen. — Diese Tatsachen dürften als feststehend anerkannt werden.

Nach der vom Statistischen Reichsamt bearbeiteten Krankenversicherung im Jahre 1915 haben bei den Krankenkassen die Kosten für die Krankenhauspflege nur 10% der Ausgaben der Krankenkassen betragen. In der Zwischenzeit dürfte eher eine Minderung als Steigerung dieses prozentualen Verhältnisses eingetreten sein. Bei diesem Umfange der Krankenhausinanspruchnahme kann glaubwürdig von einer Lahmlegung der ganzen Krankenversicherung nicht gesprochen werden; wohl aber wird zugegeben, daß die Höhe der Krankenhaussätze für die Krankenkassen nicht zu unterschätzen ist. Die enorme Steigerung der Teuerung zwingt die Krankenhäuser, wenn der Zuschuß der Gemeinden nicht ins Unbegrenzte gehen soll, die Verpflegesätze entsprechend hinaufzusetzen. Die Tatsache, daß es kaum ein Krankenhaus in Deutschland geben wird, das ohne Zuschuß der Gemeinden, Bezirke usw. bestehen kann, spricht allein schon dafür, daß bei der Festsetzung der Verpflegesätze soziale Gesichtspunkte berücksichtigt werden, gleichviel ob kassenversicherte Kranke oder Privatkranke in Frage kommen. Gemeinden und insbesondere Privatanstalten, welche nicht leistungsfähig genug waren, um Zuschüsse zu bewilligen, mußten ihre Krankenhäuser be-

reits schließen, und die Schließung verschiedener Häuser steht bevor. Ob bei allen Krankenkassen diese Erscheinungen voll gewürdigt worden sind und weiterhin berücksichtigt werden, wird füglich in Zweifel gezogen. In den Mitteilungen über „die Ortskrankenkassen im Jahre 1920" in ArbVers. 1922 S. 122 findet man unter dem Abschnitt über die finanziellen Ergebnisse der Kassen (S. 123 Sp. 2), daß hier im Gegensatz zu der Defizitwirtschaft der Gemeinden eine Überschußwirtschaft stattfindet. In der Zusammenfassung der Schilderung wird dort folgendes gesagt: „In Ausführung der Verordnung vom 30. April 1920 nahmen sämtliche Kassen eine Neuregelung ihrer Lohnstufen vor. Die Zahl der festgesetzten Lohnklassen ist sehr verschieden, meist sind 8 bis 15 anzutreffen. Durch die Erhöhung des zulässigen Grundlohnes wurde den Kassen die Möglichkeit gegeben, höhere Einnahmen zu erzielen, ohne den Beitragsfuß hinaufzusetzen. Zwar waren auch bedeutend gesteigerte Barunterstützungen zu zahlen, doch blieben trotzdem meist erhebliche Überschüsse." Wenn mithin von seiten der Krankenkassen dahin das Wort geredet wird, daß vermittelnd gewirkt werden müsse, um das Ineinandergreifen der helfenden, sozialen Organe zu erleichtern, dann kann nach der vorausgegangenen Darstellung kein Zweifel bestehen, daß die Krankenkassen wirtschaftlich viel besser stehen als die Krankenhäuser und demzufolge hier ihr soziales Empfinden beweisen können. Mit dem Zurückhalten der Einweisungen und der damit verbundenen geringeren Belegung der Krankenhäuser, mit der Forderung des Herunterschraubens der Verpflegesätze auf die Armensätze, mit der Absicht, die Krankenhauspflegekosten, soweit die Verhältnisse es ohne direkte Schädigung des Ansehens der Krankenkassen zulassen, auf die Armenpflege abzuwälzen, dabei aber Überschüsse in erheblicher Höhe zu erzielen, ist die Frage der Krankenhauspflege mit ihren wirtschaftlichen Folgen für beide Teile nicht sozial gelöst. Immer wieder und wieder wird von seiten der Krankenkassen betont, daß eine Verpflichtung, die Krankenhausbehandlung zuzugestehen, für die Krankenkassen nicht vorliegt. Diese Kannleistung der Krankenkassen hat schon die merkwürdigsten Folgen gezeitigt, und der Schriftverkehr zwischen Krankenhausverwaltungen und Fürsorgeämtern einerseits und Krankenkassen anderseits könnte wohl eine wenig erbauliche Darstellung liefern. Es sei hier um der Gerechtigkeit willen betont, daß viele Krankenkassen es als moralische Verpflichtung ansehen, in besonderen Fällen die Kosten restlos zu übernehmen, wenn auch die Einweisung ins Krankenhaus nicht unmittelbar von ihnen ausgegangen ist. Die „Solleistung" des § 184 RVO. ist in solchen Fällen wohl im Sinne des Gesetzgebers verstanden. Anderseits kommen aber auch Äußerungen vor wie z. B.: „Für N. N. werden keine weiteren Krankenhauskosten übernommen, da durch sofortige Beschaffung von Plattfußeinlagen ihre Beschwerden jedenfalls behoben werden können, und die Kasse daher keine Veranlassung hat, hierwegen täglich 35 M. Verpflegekosten zu zahlen." Solche Erklärungen richten sich von selbst.

In der letzten Zeit muß man leider mehr wie bisher die Wahrnehmung machen, daß manche Krankenkassen die Kosten entsprechend dem § 1503 der RVO. mit $^{7}/_{8}$ des Grundlohnes an die Armenpflege vergüten, wenn eine Einweisung nicht unmittelbar von der Kasse erfolgt ist, obgleich die Behandlungsfälle eine Unterbringung im Krankenhause wünschenswert erscheinen lassen. Das ist nun jener Fall, von dem Stadtrat von Frankenberg spricht: „Die Folge davon droht durch Ablehnung der Krankenhauspflege einzutreten, so daß entweder die Überführung in die Anstalt unterbleibt oder von anderer Seite die Kosten getragen werden müssen. Da der Kranke selbst nur ausnahmsweise dazu erbötig und in der Lage sein wird und die Stiftungen, Vereine oder Verbände jedenfalls selten die Mittel zur Verfügung stellen können, so bleibt als der Helfer in der Not schließlich, wenn nicht auf

die Krankenhauspflege verzichtet werden soll, nur mehr die Armenpflege überhaupt." Es ist betrüblich wahrzunehmen, wie hier Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung geradezu dahin gewendet werden wollen, um die Krankenhauspflege auf Kosten der Krankenkassen möglichst auszuschalten.

Krankenkassenvorsteher Bergmann kommt in seinen Ausführungen zu der merkwürdigen Feststellung, daß die Krankenkassen bezüglich der Bezahlung der Krankenhauskosten gleich behandelt werden sollen wie die Armenverbände. Um solches aus dem Sinn des Gesetzes herauszulesen, muß schon eine gewaltsame Schraube angewandt werden. Die Beschränkung des § 30 UntWohnsGes. kommt nach § 62 aaO. für die Krankenkassen nicht in Frage. Zahlungen, die der vorläufig unterstützende Armenverband gemäß § 1531 ff. RVO. von Drittverpflichteten erhalten hat, können auf jenen Teil des Gesamtaufwandes verrechnet werden, den der endgültige fürsorgepflichtige Armenverband im Hinblick auf den angeführten § 30 nicht erstatten muß. Es ist also ein großer Unterschied im Gesetze selbst vorhanden zwischen den Verpflichtungen der Armenverbände und den Krankenkassen. Aus dem Gesichtspunkte heraus, daß die Krankenkassen ohne Krankenhausbehandlung ihren Verpflichtungen gegenüber den Versicherten nicht gerecht zu werden vermögen, folgt letzten Endes auch die Verpflichtung für die Krankenkassen, die Führung von Krankenhäusern den Gemeinden usw. nicht dadurch unmöglich zu machen, daß sie durch ihr Verhalten die Krankenhausinteressen schädigen und die Krankenhäuser den Zwecken der Kassen auf Kosten der Allgemeinheit dienstbar machen wollen.

Die Gemeinden können an dieser Auffassung der Krankenkassen jedenfalls nicht achtlos vorübergehen. Bei Abänderung der RVO. werden die ungünstigen Wirkungen der Kann- und Sollvorschrift des § 184 wohl auch einmal eine Berücksichtigung finden müssen.

Anmerkung: Es wird von Interesse sein, im Anschluß an die vorstehenden Ausführungen zu lesen, was der „Stadt-Anzeiger" von Köln in der Nummer 126 v. 22. 3. 22 „aus dem Rathause" mitteilt: „Die Verwaltung schlägt vor, den Pflegesatz für die Selbstzahler III. Klasse und für die Mitglieder der Krankenkassen auf 60 Mark — für Kinder auf 25 Mark — zu erhöhen und die Verwaltung zu ermächtigen, bei weiterer Steigerung der Löhne der städtischen Arbeiter die Krankenhauspflegesätze jedesmal von dem Zeitpunkte an und in demselben Verhältnis zu erhöhen, in dem auch die Löhne der städtischen Arbeiter erhöht werden. Die städtischen Zuschüsse für die Krankenfürsorge belaufen sich heute schon auf rund 40 Millionen Mark gegenüber rund 12½ Millionen Mark nach dem vorjährigen Haushaltplane. In Frankfurt ist der von den Krankenkassen zu zahlende Mindestsatz bereits auf 85 Mark erhöht worden, in Düsseldorf auf 60 Mark; in Düsseldorf müssen aber außerdem alle Nebenleistungen besonders bezahlt werden. Die Krankenkassenbeiträge sind gegenüber dem Friedensstand bisher im allgemeinen nur um 1650 v. H., bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse sogar um 1455 v. H. gesteigert worden, und zwar einschließlich des freiwilligen Zuschlags für die Kinderhilfe, der etwa 250 v. H. des Friedenssatzes ausmacht. Der Lohn eines ungelernten städtischen Arbeiters ist gegenüber dem Friedensstand in der Anfangsstufe um durchschnittlich 3200 v. H., in der Endstufe um durchschnittlich 2600 v. H. gesteigert worden. Die Erhöhung des Pflegesatzes, der für die Krankenkasse zur Zeit noch 35 M. beträgt, auf 60 M. würde die Gesamtheit der Krankenkassen mit jährlich rund 15 Millionen Mark und jedes der 210 000 Krankenkassenmitglieder mit durchschnittlich

$$\frac{2}{3} \times \frac{15\,000\,000}{210\,000} = 4762 \text{ M.}$$

jährlich, oder mit 91½ Pfennig wöchentlich belasten. Die Erhöhung des Grundlohns von 60 Mark auf 80 Mark — wie sie in Essen und Frankfurt schon durchgeführt ist — würde den Krankenkassen eine Mehreinnahme von mehr als 40 Millionen Mark erbringen."

Zur Verleihung des Titels „Verwaltungsdirektor" an geschäftsleitende Beamte der Krankenkassen.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

In der grundsätzlichen Entscheidung vom 24. März 1916 (Amtl. Nachr. S. 521)*) hat das Reichsversicherungsamt ausgesprochen, daß der Vorstand einer größeren Krankenkasse dem geschäftsleitenden Beamten die Bezeichnung „Verwaltungsdirektor" beilegen könne. Die Entscheidung ist zwar unter der Herrschaft der preußischen

*) Zu vgl. auch die Auskunft in ArbVers. 1914 S. 344 Ziff. 13.

Verfassung vom 31. Januar 1850 ergangen, sie hat aber zweifellos noch insofern Geltung, als in ihr zum Ausdruck gebracht worden ist, daß der Titel „Verwaltungsdirektor“ nicht zu den Titeln im eigentlichen Sinne, deren Verleihung der Krone vorbehalten war, zu rechnen sei, sondern zu den Bezeichnungen gehöre, die die Geschäfte eines Beamten und seine amtliche Stellung äußerlich erkennbar machten. Daraus folgt, daß die Verleihung der Bezeichnung auch nach Inkrafttreten der Verfassung des Deutschen Reiches vom 11. August 1919 (R. G. Bl. S. 1383), dessen Art. 109 Abs. 4 vorschreibt:

> „Titel dürfen nur verliehen werden, wenn sie ein Amt oder einen Beruf bezeichnen; akademische Grade sind hierdurch nicht betroffen.“

nicht verboten ist.

Die weitere Beschränkung dahin, daß für die Verleihung dieser Bezeichnung nur Vorstände größerer Krankenkassen in Frage kommen, ist in der Begründung der Entscheidung nicht weiter gerechtfertigt. Wird an dem Grundsatz, so wie er lautet, festgehalten, so würde sich daraus ergeben, daß für kleinere Kassen die Verleihung der Bezeichnung nicht in Frage kommen kann. Es wäre alsdann zu untersuchen, welche Kassen als „größere“ Kassen anzusprechen sind. Aus der Begründung ist hierüber nichts zu entnehmen; denn es ist dort nur ausgeführt, daß auch z. B. bei größeren Privatbetrieben der Titel „Direktor“ üblich sei. Die Krankenkasse, bei der diese Frage zum Austrag gebracht wurde, hatte über 40 000 Mitglieder und gehörte somit nach Ansicht des Reichsversicherungsamts zweifellos zu den größeren Kassen. Keineswegs ist aus der Entscheidung zu folgern, daß Krankenkassen mit weniger als 40 000 Mitgliedern kleine Kassen sind, wie überhaupt aus dieser Entscheidung nichts darüber zu ermitteln ist, wo die Grenze zwischen der größeren und kleineren Kasse zu ziehen ist.

Einen gewissen Anhalt für die Beantwortung der Frage gibt allerdings die Entstehungsgeschichte der Reichsversicherungsordnung, wenn die inzwischen durch die Verordnung über die Wahl des Vorstandsvorsitzenden bei den Ortskrankenkassen und über die Kassenangestellten vom 5. Februar 1919 (R. G. Bl. S. 181) aufgehobene Vorschrift des § 359 Abs. 2 RVO. herangezogen wird, die den Oberversicherungsämtern das Recht gab, für Orts-, Land- und Innungskrankenkassen mit mehr als 10 000 Versicherten nach Anhörung des Kassenvorstandes anzuordnen, daß mindestens die Geschäftsleiter auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt würden. In der Begründung dieser Vorschrift heißt es:

> „Ist die Anstellung dieser Art bei kleinen Kassen aus dem angeführten Grunde unter Umständen nicht unbedenklich, so kann sie umgekehrt bei den g a n z g r o ß e n Kassen, deren Geschäftsgang einer besonderen Stetigkeit bedarf, für die geschäftsleitenden Personen dringend angezeigt sein. Dem Oberversicherungsamt wird daher für solche Fälle das Recht beigelegt, eine solche Anstellung anzuordnen.“

Danach versteht die Reichsversicherungsordnung unter Krankenkassen mit 10 000 Mitgliedern ganz große Kassen. Größere Kassen sind also Kassen mit weniger Mitgliedern, so daß die Verleihung der Bezeichnung „Verwaltungsdirektor“ nach jener Entscheidung unbedenklich auch bei Kassen mit weniger als 10 000 Mitgliedern zulässig sein muß. Wo die Grenze zu finden ist, ist schwer zu sagen. Da jede Kasse einen geschäftsleitenden Beamten hat und das Gesetz keine Unterlagen für eine unterschiedliche Behandlung der geschäftsleitenden Beamten nach der Kassengröße abgibt, so muß daraus gefolgert werden, daß die Verleihung der Bezeichnung „Verwaltungsdirektor“ jedem geschäftsleitenden Beamten ohne Rücksicht auf die Größe der Kasse zuteil werden kann; denn die Bezeichnung „Verwaltungsdirektor“ ist gleichbedeutend mit dem rein deutschen Wort „Geschäftsleiter“.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Gesetz über Änderung der Wahlen nach der Reichsversicherungsordnung.

Vom 13. April 1922 (RGBl. S. 455).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

Im § 47 Abs. 1 und im § 92 RVO. wird das Wort „Männer" durch „Deutsche" ersetzt.

Artikel II.

1. § 72 RVO. fällt weg.
2. § 73 RVO. erhält folgende Fassung:

„Die Beisitzer aus den Arbeitgebern werden von den Arbeitgebermitgliedern, die Beisitzer aus den Versicherten von den Versichertenmitgliedern der Ausschüsse der Versicherungsanstalten gewählt, zu deren Bezirke das Oberversicherungsamt gehört. Bei Zugehörigkeit des Oberversicherungsamts zu mehreren Versicherungsanstalten setzt das Reichsversicherungsamt das Stimmverhältnis nach der Zahl der Versicherten fest.

Die Wahl geschieht nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Das Reichsversicherungsamt erläßt die Wahlordnung."

3a. Der Vordersatz von § 75 Abs. 2 RVO. erhält folgende Fassung:

„Die Versichertenbeisitzer werden nach den Grundsätzen der Verhältniswahl von den Versicherten-Ausschußmitgliedern der Betriebskrankenkasse oder der Sonderanstalt oder von den Knappschaftsältesten gewählt, die den Vorständen der beteiligten Knappschaftsvereine oder Knappschaftskassen angehören;"

b. § 75 Abs. 3 RVO. erhält folgenden Zusatz: Bei Sonderanstalten der Reichsbahn kann die oberste Verwaltungsbehörde auch bestimmen, daß die Versichertenbeisitzer von den Versichertenvertretern im Vorstand der Anstalt zu wählen sind.

Artikel III.

1. § 89 RVO. erhält folgende Fassung:

„Die zwölf Arbeitgeber werden von den Arbeitgebermitgliedern, die zwölf Versicherten von den Versichertenmitgliedern in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten und in den entsprechenden Vertretungen der Sonderanstalten nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt. Die Ausschußmitglieder, welche dem Gewerbe angehören, wählen je sieben Vertreter aus dem Bereiche der Gewerbe-Unfallversicherung und je einen Vertreter aus dem Bereiche der See-Unfallversicherung. Die der Landwirtschaft angehörenden Ausschußmitglieder wählen je vier nichtständige Mitglieder aus dem Bereiche der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Das Reichsversicherungsamt setzt das Stimmenverhältnis der Wähler nach der Zahl der Versicherten fest und erläßt die Wahlordnung.

Soweit Knappschaftsvereine oder Knappschaftskassen als Sonderanstalten zugelassen sind, erfolgt die Wahl von den dem Vorstand angehörenden Arbeitgebermitgliedern und Knappschaftsältesten. Bei Sonderanstalten der Reichsbahn kann die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen, daß die Versichertenvertreter im Vorstand der Anstalt wahlberechtigt sind.

Das Reichsversicherungsamt leitet die Wahl und veröffentlicht das Wahlergebnis."

2. §§ 88, 90, 91 RVO. fallen weg.

Artikel IV.

1. § 107 Abs. 1 RVO. wird wie folgt gefaßt:

„Für Wahl, Rechte und Pflichten der Mitglieder gelten § 87 Abs. 2, §§ 89, 92 bis 97 entsprechend, soweit im § 106 Abs. 3 und nachstehend nichts anderes vorgeschrieben ist."

2. Die Absätze 3 bis 5 des § 107 RVO. werden durch folgende Absätze 3 bis 5 ersetzt:

„Die Arbeitgeber werden von den Arbeitgebermitgliedern, die Versicherten von den Versichertenmitgliedern in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten und in den entsprechenden Vertretungen der Sonderanstalten gewählt, die für das Gebiet des Landes errichtet sind oder es umfassen. Die Wahl geschieht nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Das Landesversicherungsamt setzt das Stimmenverhältnis der Wähler nach der Zahl der Versicherten fest. Das Reichsversicherungsamt erläßt die Wahlordnung im Einvernehmen mit dem Landesversicherungsamt; im Streitfall entscheidet der Reichsarbeitsminister.

Soweit Knappschaftsvereine oder Knappschaftskassen als Sonderanstalten zugelassen sind, erfolgt die Wahl von den dem Vorstand angehörenden Arbeitgebermitgliedern und Knappschaftsältesten. Bei Sonderanstalten der Reichsbahn kann die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen, daß die Versichertenvertreter im Vorstand der Anstalt wahlberechtigt sind.

Das Landesversicherungsamt leitet die Wahl und veröffentlicht das Wahlergebnis."

Artikel V.

1. § 858 Abs. 1 RVO. erhält folgende Fassung:

„Die Vertreter der Versicherten werden von den Versichertenmitgliedern in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten gewählt, in deren Bezirk die Genossenschaft oder die Sektion Mitglieder hat. Wahlberechtigt sind jedoch nur solche Ausschußmitglieder, welche dem Bereiche der Gewerbe-Unfallversicherung angehören. Sind die Ausschüsse mehrerer Versicherungsanstalten beteiligt, so kann das Reichsversicherungsamt das Stimmenverhältnis bestimmen. Es kann auch anordnen, daß Ausschüsse von Versicherungsanstalten, in deren Bezirke sich nur wenige und kleine Betriebe befinden, an der Wahl nicht zu beteiligen sind."

2. Abs. 2 Satz 2 des § 858 RVO. erhält folgende Fassung:

„Wird diese Bestimmung getroffen, so werden die Vertreter der Versicherten von den Knappschaftsältesten gewählt, die den Vorständen der beteiligten Knappschaftsvereine und Knappschaftskassen angehören."

3. Der § 891 Abs. 3 RVO. erhält folgende Fassung:

„Bei einer Versicherungsgenossenschaft werden die Vertreter der Versicherten von den Versichertenmitgliedern in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten gewählt, auf deren Bezirk sich die Genossenschaft oder Sektion erstreckt; dabei gilt § 858 Abs. 1 Satz 2."

4. Der § 1030 Abs. 2 RVO. erhält folgende Fassung:

„Die Vertreter der Versicherten werden von den Versichertenmitgliedern in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten gewählt, auf deren Bezirke sich die Genossenschaft oder Sektion erstreckt. Wahlberechtigt sind jedoch nur solche Ausschußmitglieder, welche zu dem Bereiche der landwirtschaftlichen Unfallversicherung gehören; fehlt ein solches Mitglied, so steht den Versichertenmitgliedern des Ausschusses aus der gewerblichen Unfallversicherung das Wahlrecht zu. Sind die Ausschüsse mehrerer Versicherungsanstalten beteiligt, so kann das Reichsversicherungsamt das Stimmenverhältnis festsetzen."

5. Im § 724 und § 986 RVO. werden die Worte je in der vorletzten Zeile an „§ 883" die Worte: „und des § 860 Abs. 1" angefügt.

Artikel VI.

1. § 1351 Abs. 2 RVO. erhält folgende Fassung: „Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt, wieviel Mitglieder dem Gewerbe und wieviel der Landwirtschaft angehören müssen."

2. Hinter § 1351 RVO. werden folgende Vorschriften eingefügt:

§ 1351a. — Die Versichertenmitglieder des Ausschusses werden von den Personen gewählt, die für die Wahl der Versichertenvertreter bei den zum Bezirke der Versicherungsanstalt gehörigen Versicherungsämtern wahlberechtigt sind (§§ 42, 44). Die für die Wahl der Versicherungsvertreter beim Versicherungsamte festgesetzte Stimmenzahl (§ 43) gilt auch für die Wahl der Versichertenmitglieder im Ausschuß

§ 1351b. — Die Arbeitgebermitglieder des Ausschusses aus dem Gewerbe werden von den Vorständen der Vertrauensberufsgenossenschaft oder Vertrauensausführungsbehörde, die Arbeitgebermitglieder aus der Landwirtschaft von den Vorständen der zuständigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gewählt. Sind mehrere landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften beteiligt, so setzt das Reichsversicherungsamt das Stimmenverhältnis nach der Zahl der Versicherten fest.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die See-Berufsgenossenschaft und die Ausführungsbehörden bestimmen für jede Versicherungsanstalt die Vertrauensberufsgenossenschaft oder Vertrauensausführungsbehörde. Kommt keine Übereinstimmung zustande, so bestimmt das Reichsversicherungsamt das Nähere. Die Namen der Vertrauensberufsgenossenschaften und Vertrauensausführungsbehörden sind dem Reichsversicherungsamte mitzuteilen und von diesem zu veröffentlichen.

§ 1351c. — Die Wahl geschieht nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Die Wahlordnung erläßt das Reichsversicherungsamt.

3. § 1352 Abs 1 Satz 1 RVO. erhält folgende Fassung:

„Die oberste Verwaltungsbehörde leitet die Wahl durch einen Beauftragten."

Artikel VII.

Im § 1359 Abs. 2 RVO. treten an die Stelle des Wortes „Versicherungsamts" die Worte „Oberversicherungsamts am Sitze der Versicherungsanstalt".

Artikel VIII.

Die Wahlen zu den Versicherungsbehörden, zu den Vertretern der Versicherten für die Unfallverhütung und zu den Ausschüssen und Vorständen der Versicherungsanstalten sind, soweit sie nicht seit Beginn des Jahres 1920 vorgenommen sind, alsbald vorzunehmen oder zu erneuern.

Die Wahlzeit läuft mit der Vollziehung der im Jahre 1926 vorzunehmenden Neuwahlen ab. Dies gilt auch für solche seit Beginn des Jahres 1920 vorgenommene Wahlen.

Reicht die Zahl der gewählten Vertreter nicht mehr aus, so gelten für die Ergänzung die Vorschriften der § 50 Abs. 2, § 76 Satz 1, §§ 95, 1359 Abs. 2 RVO. entsprechend. Etwa fehlende Vertreter der Versicherten für die Unfallverhütung werden von der Aufsichtsbehörde berufen.

Die Vorschriften der Absätze 1 bis 3 beziehen sich nicht auf die besonderen Oberversicherungsämter.

Artikel IX.

Dieses Gesetz tritt mit der Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Das Gesetz ist, durch Ausgabe der Nr. 32 des Reichsgesetzblattes in Berlin, am 28. 4. 22 in Kraft getreten. — Aus der allgemeinen Begründung des Gesetzes teilen wir folgendes mit: Die allgemeinen Neuwahlen im Bereich der Reichsversicherungsordnung lassen sich nicht mehr hinausschieben, nachdem die Gründe, die während des Krieges und danach gegen ihre Vornahme sprachen, jetzt im wesentlichen fortgefallen sind. Die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten sind meist schon weit über die gesetzliche Wahlzeit hinaus im Amt, so daß ihnen allgemein die Fortführung des Ehrenamts nicht länger zugemutet werden kann . . . Wenngleich damit zu rechnen ist, daß bei dem Gesamtumbau auch die Vorschriften über die Wahlen eine gründliche Neugestaltung erfahren werden, so nötigen doch der unzweckmäßige Aufbau der Wahlen in der RVO., die außerordentliche Schwierigkeit ihrer Durchführung sowie die Notwendigkeit möglichster Kostenersparung dazu, schon für die jetzt vorzunehmenden Wahlen die geltenden Vorschriften nicht in vollem Umfange fortbestehen zu lassen. Die diesen Zwecken dienenden Änderungen werden auf das notwendigste Maß zu beschränken sein. Eine wesentliche Vereinfachung und Verbilligung wird durch teilweisen Abbruch des bisherigen stockwerkartigen Aufbaues der Wahlen, durch Verkleinerung der Wahlkörper und durch die Einführung gleichzeitiger Stimmabgabe für mehrere Wahlen zu erreichen sein.

Keiner Änderung bedürfen die Vorschriften der RVO. über die Wahl der Ausschüsse und der Vorstände der Krankenkassen. Ebensowenig brauchen die gesetzlichen Vorschriften über die Wahl der Vertreter, welche die Genossenschaftsversammlungen bilden, und über die Wahl der Vorstände der Berufsgenossenschaften geändert zu werden. Die Anpassung der erlassenen Musterwahlordnungen an das Reichstagswahlrecht kann späterer Zeit vorbehalten werden. — Unverändert können ferner bleiben die Vorschriften über die Wahl der Versicherungsvertreter beim Versicherungsamt (§§ 42ff. der RVO.) und der nichtbeamteten Vorstandsmitglieder der Versicherungsanstalten (§ 1353 Nr. 2 a. a. O.) sowie die Vorschriften über die Bestimmung der Vertreter der Versicherten für die Unfallverhütung bei der See-Berufsgenossenschaft (§ 1204 a. a. O.).

Einer Änderung bedürfen dagegen die . . . Vorschriften der RVO. über die Wahlen zu den Versicherungsbehörden höherer Ordnung, zu den Vertretern der Versicherten für die Unfallverhütung bei gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und zu den Ausschüssen der Versicherungsanstalten. Die Umständlichkeit und Kostspieligkeit der für diese Wahlen getroffenen Regelung wird allgemein bemängelt. — Der Entwurf überträgt die Wahl zu den Versichertenausschußmitgliedern bei den Versiche-

rungsanstalten den Versicherten-Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen, welchen die Wahl zu Versichertenbeisitzern bei den Versicherungsämtern zusteht. Die Versichertenmitglieder in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten sollen dann die Versichertenbeisitzer der Oberversicherungsämter, die nichtständigen Versichertenmitglieder des Reichs- (Landes-) Versicherungsamts und die Versichertenvertreter für die Unfallverhütung bei den gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wählen. Die Arbeitgebermitglieder der Ausschüsse der Versicherungsanstalt sollen von der Vertrauensberufsgenossenschaft oder Vertrauensausführungsbehörde und von der zuständigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft gewählt werden. Sie wählen weiter die Arbeitgeberbeisitzer der Oberversicherungsämter und die nichtständigen Arbeitgebermitglieder des Reichs- (Landes-) Versicherungsamts.

Diese Regelung bietet folgende Vorteile: Die Ausschüsse der Versicherungsanstalten, welche die Beisitzer der Oberversicherungsämter, die nichtständigen Mitglieder des RVA. und die Vertreter der Versicherten für die Unfallverhütung bei gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wählen sollen, sind Körperschaften mit einer geringen Mitgliederzahl, welche die Wahlen gelegentlich einer ihrer Sitzungen vornehmen können. Diese Wahlen werden sich daher einfach, schnell und ohne erheblichen Kostenaufwand vollziehen; die Ausschüsse selbst werden in unmittelbarer Wahl von den den Versicherten angehörigen Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen und von den Vorständen der Berufsgenossenschaften, also von den berufenen Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber, gewählt. Die Wahl der Versichertenmitglieder der Ausschüsse wird nur geringe Mühe und Kosten verursachen, da sie gleichzeitig mit der Wahl der Versichertenbeisitzer für die Versicherungsämter vorzunehmen ist. Auch die Wahl der Arbeitgebermitglieder bei den Ausschüssen vollzieht sich einfach, da nur eine gewerbliche Berufsgenossenschaft oder eine Ausführungsbehörde und meist nur eine landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft das Wahlrecht ausüben.

Für die Wahl der Arbeitgeberbeisitzer bei den Oberversicherungsämtern und der nichtständigen Arbeitgebermitglieder beim Reich- (Landes-) Versicherungsamt ist die Einführung der Verhältniswahl vorgeschlagen, die schon jetzt für die Wahl der Versichertenvertreter bei diesen Stellen Anwendung zu finden hat. Hierfür spricht, daß die Verhältniswahl seit dem Inkrafttreten der RVO. immer weitere Verbreitung gefunden hat, und daß kein Grund ersichtlich ist, die Arbeitgeber- und die Versichertenmitglieder in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten ihr Wahlrecht in verschiedenartiger Weise ausüben zu lassen.

Um den gemeinsamen Vollzug der von derselben Körperschaft vorzunehmenden Wahlen sicherzustellen, empfiehlt es sich, den Erlaß der Wahlordnungen dem RVA. zu übertragen. Das gilt auch für die Wahlen der nichtständigen Mitglieder der Landesversicherungsämter aus den Arbeitgebern und Versicherten, da diese Wahlen gleichzeitig mit den anderen den Ausschüssen obliegenden Wahlen, insbesondere denen der nichtständigen Mitglieder des RVA. aus den Arbeitgebern und Versicherten, sich vollziehen sollen. Die Wahlordnung für die Wahl der nichtständigen Mitglieder der Landesversicherungsämter hat das RVA. im Einvernehmen mit den Landesversicherungsämtern zu erlassen. — Dieses Einvernehmen wird sich unschwer erzielen lassen; soweit eine Einigung nicht zu ermöglichen ist, entscheidet der Reichsarbeitsminister. — Die Leitung der verschiedenen Wahlen derselben Körperschaft in dieselbe Hand zu legen, erschien nicht geboten und auch nicht zweckmäßig, da die Wahlleitung auch die Feststellung des Wahlergebnisses vorzunehmen hat und eine Zusammenfassung dieser Feststellung sich nicht empfiehlt. Das Zusammenwirken der verschiedenen Leiter der von derselben Körperschaft vorzunehmenden Wahlen sicherzustellen, ist Sache der Wahlordnungen, die insbesondere auch für eine ordnungsmäßige Stimmabgabe möglichst Vorsorge zu treffen haben werden. Vor Erlaß der Wahlordnungen wird das RVA. mit den Beteiligten, insbesondere mit den großen Verbänden der Versicherungsträger, Fühlung zu nehmen haben.

Verhaftung des Schuldners zur Leistung des Offenbarungseides auf Betreiben eines Versicherungsträgers — kein gebührenfreier Akt der Rechtshilfe.

Beschluß des Kammergerichts in Berlin (2. Zivilsen.) v. 10. Oktober 1921 (11 W. 3308/21).

Die Gläubigerin, eine Ortskrankenkasse, die gegen den Schuldner gemäß § 28 RVO., § 1 ff. Verdg. v. 5. 11. 99, betr. das Verwaltungszwangsverfahren, rückständige Krankenkassenbeiträge eintreibt, hatte nach fruchtloser Zwangsvollstreckung den Schuldner zur Leistung des Offenbarungseides geladen und, da er im Termin nicht erschien, Haftbefehl erwirkt. Der Gerichtsvollzieher hat den Haftbefehl durch Verhaftung und Vorführung des Schuldners ausgeführt und dafür außer baren Auslagen eine Gebühr von 22,50 M. berechnet. Auf Erinnerung der Gläubigerin, die Gebührenfreiheit in Anspruch nimmt, da es sich um einen Akt der Rechtshilfe gemäß § 115 RVO. gehandelt habe, hat das Amtsgericht den Gerichtsvollzieher angewiesen, die von der Gläubigerin eingezogene Gebühr ihr zurückzuerstatten. Auf Beschwerde des Gerichtsvollziehers hat das Landgericht diesen Beschluß aufgehoben. Die hiergegen von der Gläubigerin erhobene weitere Beschwerde ist vom Kammergericht zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Die weitere Beschwerde ist nach § 22 GebOrdg. f. GerVollz. in Verbindung mit § 4 Abs. 2 GerKostGes., § 568 Abs. 2 ZPO. als einfache Beschwerde zulässig — § 568 Abs. 3 ZPO. kommt nicht zur Anwendung, da es sich hier nicht um eigentliche „Prozeßkosten" handelt —. Sie ist aber unbegründet.

1. Was zunächst die von der Gläubigerin angefochtene Berechtigung des Gerichtsvollziehers zur Einlegung der Beschwerde anbetrifft, so ergibt sich diese aus § 22 der GebOrdg. f. GerVollz., § 4 GerKostGes. (vgl. Schönfeld, Der Pr. Gerichtsvollzieher, 6. Auflage, S. 492 Anm. zu § 22).

2. Sodann verkennt die Gläubigerin den Begriff der Rechtshilfe. Eine solche, wie sie in §§ 157 ff. GerKostGes. geregelt ist, kommt im vorliegenden Falle schon deshalb nicht in Betracht, weil der Gerichtsvollzieher keine Behörde im Sinne des § 115 RVO. ist, sondern nach §§ 13, 19 GerVollzOrdg. vom 22. März 1914 (JustMinBl. S. 296) angestellter Beamter des Amtsgerichts. Die Gläubigerin meint, das sei nur eine Umschreibung; sie hätte den Antrag, den Gerichtsvollzieher zur Verhaftung anzuweisen, ebensogut bei dem Vollstreckungsgericht stellen können, und der Gerichtsvollzieher hätte dann die Anweisung gemäß der Rechtshilfebestimmung gebührenfrei ausführen müssen. Dabei übersieht sie aber, daß das Offenbarungseidverfahren — und zwar nicht nur das der ZPO., sondern auch das im

dieser Hinsicht völlig gleichgestellte des Verwaltungszwangsverfahrens (§ 21 Vrdg. vom 15. November 1899; vgl. Schönfeld a. a. O. S. 511 Anm. zu § 1, S. 522 Anm. zu § 21 — kein Verfahren von Amts wegen ist, also solche Anweisungen des Gerichts an den Gerichtsvollzieher nicht kennt, sondern daß es dem Parteibetriebe unterliegt, und daß daher ein Tätigwerden des Gerichtsvollziehers nur im Auftrage des Gläubigers, sei dieser eine Behörde oder Privatperson, Platz greift. (§ 98 Ziff. 2 der Geschäftsanweisung für Gerichtsvollzieher vom 24. März 1914 — JustMinBl. S. 407 —.) Soweit in diesem Verfahren eine Maßnahme des Gerichts erforderlich ist, (Terminsansetzung, Entscheidung auf Widerspruch, Haftbefehl) fällt sie unter den Begriff der Rechtshilfe und ist insoweit dem ersuchenden Versicherungsträger gegenüber gebührenfrei. Auch die Allg. Verfüg. vom 27. November 1893 betr. die Berechnung der bei preuß. Gerichten erwachsenden Rechtshilfekosten in Angelegenheiten der Unfall-, Invaliden- und Altersversicherung — JustMinBl. S. 342 — spricht nur von Erfüllung der Rechtshilfepflicht der Gerichte. Etwas Weiteres als gerichtliche Gebührenfreiheit besagen auch die von der Gläubigerin angeführten Entscheidungen (Amtl. Nachr. des RVA. 1897 S. 277, 1898 S. 310, JustMinBl. 1898 S. 46/47) nicht; über die Frage, ob die Beauftragung des Gerichtsvollziehers mit der Verhaftung des Schuldners gebührenfrei ist, sprechen sie sich nicht aus. Weil die Verhaftung des Schuldners nur durch den vom Gläubiger beauftragten Gerichtsvollzieher erfolgen kann, findet nach dieser Richtung ein Ersuchen um Rechtshilfe auch an auswärtige Gerichte nicht statt (Rechtspr. der OLG. Bd. 15 S. 295, JurMonSchr. für Posen usw. Bd. 10 S. 95, Stein ZPO. 10. Aufl. Bd. II S. 819 Anm. zu § 909. Vgl. auch Allg. Vfg. vom 7. März 1907, JustMinBl. S. 55, betr. die Erstattung von Kosten der Rechtshilfe I A. Ziff. 4).

3. Ist aber der Gerichtsvollzieher nur kraft Auftrages tätig geworden, so kommt, da das Offenbarungseidverfahren eine Rechtssache der ordentlichen Gerichte im Sinne des § 1 GebOrdg. ist, für die Frage der Gebührenpflicht grundsätzlich zunächst diese GebOrdg. in Betracht. Sie unterscheidet im § 19 als Gebührenschuldner bei Aufträgen von Amts wegen die Staatskasse, bei sonstigen Aufträgen (Parteiaufträge) den Auftraggeber. Was Parteiaufträge, was Aufträge von Amts wegen oder, wie es in der GVO. heißt: amtliche Aufträge sind, bestimmen §§ 17, 18 der GerVollzOrdg. Amtliche Aufträge sind Aufträge preußischer Justizbehörden und bestimmte Aufträge anderer preußischer Staatsbehörden. Zu diesen Behörden gehört die Gläubigerin nicht.

Ob der hier erteilte Auftrag dem Gerichtsvollzieher von der Gläubigerin unmittelbar erteilt oder durch das Amtsgericht übermittelt ist, ist nicht ausdrücklich festgestellt, auch unerheblich, denn auch im letzteren Falle liegt kein amtlicher Auftrag vor; das Amtsgericht ist nicht Auftraggeber, sondern nur Übermittler eines Auftrages. Es liegt also lediglich ein gebührenpflichtiger Parteiauftrag vor, der sich auf einen Offenbarungseid im Verwaltungszwangsverfahren bezieht. Auch hinsichtlich der Gebührenberechnung ist der Gerichtsvollzieher richtig verfahren. Die Vorschriften über die Gebühren des Verwaltungszwangsverfahrens finden nach § 54 Abs. 3 Vrdg. vom 15. November 1899 keine Anwendung, wenn die Zwangsvollstreckung durch einen Gerichtsvollzieher erfolgt. Nach Art. 24 Abs. 2 S. 2 der PrGebO. für Rechtsanw. und GerVollz. vom 21. März 1910 (GS. S. 261) erfolgt in Ansehung der Gebühren der Gerichtsvollzieher für Zwangsvollstreckungen im Verwaltungszwangsverfahren deren Bestimmung durch den Justizminister. Das ist in der Allg. Vfg. vom 8. Dezember 1899 (JustMBl. S. 721) geschehen, und zwar bestimmt § 6 Satz 3, daß gleichviel von wem der Auftrag ausgeht, die Entlohnung für Ladungen und Verhaftungen von Schuldnern zum Zwecke der Leistung des Offenbarungseides wegen einer im Verwaltungszwangsverfahren beizutreibenden Geldforderung in allen Fällen nach der GebOrdg. f. GerVollz. erfolgt, (wogegen sie sich für sonstige Vollstreckungshandlungen je nach der Eigenschaft des Auftraggebers: bei amtlichen Aufträgen nach § 54 Vrdg. vom 15. 11. 1899, bei sonstigen Aufträgen nach der GebOrdg. für GV. richtet). Diese Verfügung ist in § 56 Z. 6 der Ger.-VollzO. ausdrücklich aufrecht erhalten. Hiernach war der Gerichtsvollzieher berechtigt, für die Verhaftung des Schuldners eine Gebühr zu berechnen und einzuziehen. Daß diese Gebühr in die Staatskasse fließt und dem Gerichtsvollzieher nur anteilig zufällt, ist für die Gebührenpflicht der Gläubigerin ohne Belang. Danach war die weitere Beschwerde als unbegründet zurückzuweisen.

B. Zur Krankenversicherung.

Fortzahlung der Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. über den Tod des Versicherten hinaus:

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Berlin** vom 1. November 1921 (B. K. III 77/21).

Das Reichsversicherungsamt hat bereits mehrfach grundsätzlich entschieden, daß die Bestimmung des § 397 Abs. 1 RVO., daß Beiträge für einen Versicherten bis zu seiner Abmeldung fortzuzahlen sind, bindend ist. Eine Ausnahme hiervon hat es nur zugelassen für den Fall, daß die Kasse vor der Abmeldung von anderer Seite bestimmt Kenntnis von dem Aufhören des Beschäftigungsverhältnisses erhält, indem es für diesen Fall die Pflicht der Weiterzahlung von Beiträgen nur bis zum Tage dieser Kenntnis anerkennt. Außerdem hat es in der Entscheidung vom 23. 2. 1918 (ArbVers. 1918 S. 267) ausgesprochen, daß für Zeiten, in denen ein Nichtabgemeldeter arbeitsunfähig war, Beiträge nicht fortzuzahlen sind, weil eine Einschränkung der „an sich nicht selten von unbilliger Härte begleiteten Vorschrift des § 397 um so eher hingenommen werden muß, als ihre Anwendung Verschulden nicht zur Voraussetzung hat". Endlich hat das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung vom 16. Jan. 1920 (ArbVers. 1920 S. 267) ausgeführt: „Der Umstand, daß P. in dem gedachten Zeitraum arbeitsunfähig war, steht an sich der Annahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses nicht

entgegen. Allerdings können, wie auch das Reichsversicherungsamt ständig angenommen hat, völlig arbeitsunfähige Personen nicht Mitglieder einer Krankenkasse werden. Ist aber die Beschäftigung einmal aufgenommen und damit die Versicherung des Arbeitnehmers begründet, so braucht die Beschäftigung, damit die Versicherung erhalten bleibt, nicht ununterbrochen fortgesetzt zu werden, wenn nur der Beschäftigte in der Zwischenzeit der Verfügungsgewalt des Arbeitgebers unterstand. Trotz vorhandener Arbeitsunfähigkeit des Kassenmitgliedes besteht daher das Beschäftigungsverhältnis weiter, solange es nicht tatsächlich gelöst ist (zu vgl. Entsch. des Preuß. ObVerwGer. vom 5. März 1896 Bd. 29, S. 345; Entsch. 1933 Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 813; Entsch. 2233 Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 588). Dieser Grundsatz gilt auch dann, wenn ein Kassenmitglied nach erfolgter Aussteuerung arbeitsunfähig bleibt, das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis aber fortbesteht. Zwar hat die Kasse dann für die Fortsetzung der Krankheit Leistungen nicht mehr zu gewähren, sie muß jedoch für etwa neu hinzutretende Krankheiten zum mindesten mit Krankenpflege eintreten, und der Arbeitgeber hat die Versicherungsbeiträge fortzuzahlen; und weiter: daß es für die Anwendung der Bestimmung des § 397 von wesentlicher Bedeutung ist, ob ein öffentliches Interesse an der Vornahme der Abmeldung besteht.

Aus diesen Entscheidungen gewann das Oberversicherungsamt die Überzeugung, daß das RVA. an sich die Bestimung des § 397 RVO. im Interesse der Kassenführung streng ausgelegt wissen will, aber in Erkenntnis der Härte, die damit verbunden sein kann, Ausnahmen für die Zeiten zuläßt, in denen ein nichtabgemeldetes Kassenmitglied zweifellos arbeitsunfähig war und wenn es der Abmeldung zur ordnungsmäßigen Fortführung der Kassenbücher nicht bedarf.

In Anwendung dieser Grundsätze des Reichsversicherungsamts konnte das Oberversicherungsamt im vorliegende Falle der Beschwerde der ... Akt.-Gesellsch. nur zum Teil die Begründung nicht absprechen. Margarethe K. ist unstreitig bis September 1919 bei der Beschwerdeführerin versicherungspflichtig beschäftigt gewesen, von ihr niemals bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse abgemeldet worden und, wie das Oberversicherungsamt noch festgestellt hat, am 5. Mai 1920 gestorben, nachdem sie vom 27. 7. 19 bis 28. 3. 20 erwerbsunfähig krank gewesen ist.

Ob bei ihr zwischen dem 28. 3. 20 und 5. 5. 20 weitere Arbeitsunfähigkeit bestand, steht nicht fest und war jedenfalls der Ortskrankenkasse nicht bekannt. Vielmehr mußte sie aus der Mitteilung der Beschwerdeführerin, daß die K. am 1. 5. 20 bei einer anderen Firma eingetreten sei, auf das Gegenteil schließen. Daraus ergibt sich, daß die Kasse ein Interesse an der Abmeldung der K. hatte. Sie führte sie in ihren Listen weiter, und um sie ordnungsmäßig fortführen zu können, hätte es ihrer Abmeldung bedurft.

An sich hat also Beschwerdeführerin die Pflicht, für die K. Beiträge bis zu dem Tage, an dem die Krankenkasse Kenntnis von dem Aufhören des Versicherungsverhältnisses erhielt, d. i. der 5. Juni 1920, weiterzuzahlen. Da dieser Tag aber hinter dem Todestage der K. liegt und selbstverständlich nur lebende Mitglieder einer Kasse noch arbeitsfähig sein können, **hört die Pflicht der Weiterzahlung der Beiträge bereits am 5. Mai 1920, dem Todestage der K., auf.**

Anmerkung: Im letzten Punkte erscheint die Entscheidung verfehlt. Das ObVA. scheint diesen Satz wohl aus § 382 Abs. 1 RVO. herzuleiten. Diese Vorschrift besagt aber keineswegs, daß für Arbeitsunfähige — also auch für Tote — Beiträge schlechthin nicht zu entrichten seien, sondern es heißt dort: „Bei Arbeitsunfähigkeit sind *für die Dauer der Krankenhilfe* keine Beiträge zu entrichten." Gerade diese *Befreiung* von der Beitragspflicht, nicht aber die Fortzahlungspflicht aus § 397 Abs. 1 RVO. setzt voraus, daß der Versicherte noch lebt. Durch seinen Tod wird das Beschäftigungsverhältnis, wenn es überhaupt noch bestand, beendet, somit die Abmeldepflicht des Arbeitgebers nach § 317 Abs. 1 RVO. begründet oder wenn sie schon vorher entstanden war, jedenfalls nicht erledigt. Daraus folgt zwingend die Fortdauer der Beitragspflicht des Arbeitgebers aus § 397 Abs. 1 auch über den Tod des Versicherten hinaus. So hat auch der bayer. VerwGerHof unterm 4. 3. 12 auf Grund des dem § 397 Abs. 1 RVO. entsprechenden § 52 Abs. 1 KrVersGes. in Übereinstimmung mit der in der Entsch. nachgewiesenen Literatur geurteilt (*Reger*, Entsch. 32 S. 74). Meinte das OVA. etwa, daß dies nach dem Rechte der RVO. nicht gelten könne, so hätte es die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgeben müssen.

---

§§ 311, 383 RVO. gelten nicht, wenn die Kasse Leistungen nicht aus eigener Pflicht gewährt.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 4. März 1922 (95/22 K).

Dem Antrage der Kasse mußte entsprochen und somit die Beschwerde der Firma zurückgewiesen werden. Der Fortfall der Beiträge bei Arbeitsunfähigkeit während der Dauer der Krankenhilfe (§ 383 Abs. 1 RVO.) kommt nur dann in Frage, wenn der kranke Arbeiter als Mitglied der Kasse Anspruch auf Krankenhilfe hat. Nach § 311 RVO. bleibt ein arbeitsunfähiger Kranker Mitglied der Kasse, solange die Kasse ihm Leistungen zu gewähren hat. Er oder sein Arbeitgeber hätten ja infolge dieses Fortbestandes der Kassenmitgliedschaft an sich auch für die Dauer der Unterstützung Beiträge zu entrichten, wenn nicht § 383 ausdrücklich bestimmte, daß die

Mitgliedschaft der arbeitsunfähigen Mitglieder während des Unterstützungsbezuges beitragsfrei bleiben soll. Die Mitgliedschaft aber kann nach § 311 nur fortbestehen, wenn die Kasse dem Kranken auf Grund der RVO. Unterstützung zu gewähren hat, also auf Grund des Versicherungsverhältnisses. Wenn die Kasse als Organ der Militärversorgung aber eintritt und ohne jede versicherungsrechtliche Pflicht lediglich auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes Unterstützungen gewährt, so findet § 311 RVO. keine Anwendung. Ist der Kranke dann aus dem Arbeitsverhältnis — wie in diesem Falle — ausgeschieden, so ist er nicht mehr Mitglied der Kasse und wird nicht als Kassenmitglied, sondern lediglich als der Kasse zugeteilter Kriegsbeschädigter behandelt. Demgemäß entfällt auch die Möglichkeit der Anwendung des § 383 RVO. Eine Beitragsleistung auf Grund eines Versicherungsverhältnisses kommt hier gar nicht in Frage.

Da B. aus dem Arbeitsverhältnis am 24. Nov. ausgeschieden war, so hätte er nach § 397 RVO. binnen 3 Tagen abgemeldet werden müssen. Er blieb nicht Mitglied der Kasse, weil er keinen Versicherungsanspruch wegen dieser Krankheit mehr gegen die Kasse hatte. Von der Abmeldung konnte daher nicht Abstand genommen werden. Daher entfällt auch nicht die wegen Verletzung der Meldepflicht dem Arbeitgeber nach § 397 RVO. obliegende Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge, die nicht aus dem Versicherungsverhältnis entspringt, sondern eine besondere Ordnungs- und Strafvorschrift zur Erzwingung rechtzeitiger Abmeldung der aus dem Versicherungsverhältnis ausgeschiedenen Arbeiter darstellt.

Berücksichtigung eines Vorschusses auf Gehaltserhöhung bei Feststellung des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes.

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Berlin v. 21. Januar 1922 (9738. V. A. K. 21).

Der Antragsteller ist bei der Antraggegnerin (einer Amtsstelle des Magistrats) als Architekt beschäftigt und gehörte unbestritten zu den im § 165 Ziff. 2 RVO. aufgeführten Personen, die der Krankenversicherungspflicht damals nur dann unterlagen, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 15 000 M. nicht überstieg. Er bezog seinerzeit einschließlich Teuerungs- und Kinderzulage ein Jahresgehalt von 11 550 M., war mithin versicherungspflichtig. Durch Magistratsverfügung vom 8. 5. 20 wurde angeordnet, daß auf Grund der beabsichtigten Neuregelung der Gehälter der Angestellten des Magistrats für das Vierteljahr April/Juni 1920 ein Vorschuß — im Falle des Antragstellers von 1075 M. — gezahlt wurde. Gemäß der Magistratsverfügung vom 3. 7. 20 erfolgte dann die Neuregelung der Gehaltsbezüge unter Berücksichtigung des Besoldungsgesetzes für Reich und Staat. Die Bezüge des Antragstellers beliefen sich von da ab auf jährlich 20 430 M.

Der Antragsteller ist der Ansicht, daß er, nach der Erhöhung auf Grund des gezahlten Vorschusses, schon vom 8. 5. 20 ab nicht mehr krankenversicherungspflichtig gewesen sei. Denn sein Gehalt von 11 550 M. habe sich durch den Vorschuß von 1075 M. für ein Vierteljahr, also von 4300 M. für das Jahr, auf 15 850 M. erhöht. Der für die Zeit vom 8. 5. bis 3. 7. 20 gezahlte Kassenbeitrag in Höhe von 16,43 M. sei zu Unrecht erhoben worden und er beantrage dessen Rückzahlung. — Die Antragsgegnerin trat dieser Auffassung entgegen. Das Versicherungsamt hat den Antrag des Klägers als unbegründet abgewiesen aus folgenden Gründen:

Um die Höhe des Gehaltes festzusetzen, bedurfte es einer Willenserklärung des Arbeitgebers. Die Annahme des Antragstellers, daß die Anweisung einer Vorschußzahlung als eine solche Willenserklärung anzusehen war, ist irrtümlich. Es ist auch nicht ersichtlich, warum der einmalig bewilligte Vorschuß viermal zur Anrechnung gelangen und zu dem damals gezahlten Gehalt hinzugezählt werden sollte. Das Wesen des Vorschusses bringt es gerade mit sich, daß zunächst ein Betrag gewählt wird, der voraussichtlich unter der Summe zurückbleibt, die später zu zahlen ist; es kann aber auch vorkommen, daß dieser Vorschuß zu hoch ist und demgemäß später auf die weiteren Vierteljahre verrechnet werden muß.

Scheidet hiernach die Verfügung betr. der Vorschußzahlung als Willenserklärung des Arbeitgebers aus, so bleibt nur diejenige vom 3. 7. 20, durch die die endgültige Regelung der Gehaltsbezüge erfolgte, bestehen. Mit diesem Tage überschritt daher der Antragsteller die Grenze des versicherungspflichtigen Einkommens, bis dahin verblieb er auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen der Versicherungspflicht unterworfen. Er hatte deshalb auch bis zu diesem Tage die Arbeitnehmerbeitragsteile zu zahlen. Sein Anspruch auf Rückzahlung dieser Beiträge für die Zeit vom 8. 5. bis 3. 7. 20 in Höhe von 16,43 M. unterlag demzufolge der Abweisung.

Anmerkung: Die Entscheidung ist nicht angefochten, also rechtskräftig geworden. Das ist bedauerlich; denn sie ist bedenklich. Es stand eine Neuregelung, selbstverständlich im Sinne einer Erhöhung der Gehaltsbezüge, bevor, als dem Kläger im Hinblick hierauf ein Vorschuß angewiesen wurde. Aus der Zahlung des Vorschusses ist zu schließen, daß der Kläger mit einer Zulage, mindestens in der Höhe des Vorschusses, schon damals rechnen konnte, und zwar mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit. Das entspricht der Handhabung der Behörden; sie zahlen auf die bevorstehende Gehaltserhöhung einen Teilbetrag des für die vergangene Zeit bereits fälligen Zuschlags aus, um dann nach genauer rechnerischer Feststellung den Rest nachzuzahlen. Wenn nun auch nach anerkannter Rechtsprechung im allgemeinen eine mit Rückwirkung bewilligte Gehaltszulage, durch die der Jahresarbeitsverdienst sich über die Pflichtversicherungsgrenze erhöht, nicht rückwirkend die Versicherungspflicht beseitigen kann (zu vgl. Entsch. des RVA. 2519, Amtl. Nachr. 1919 S. 291, ArbVers. 1919 S. 372), so ist der vorliegende Fall doch anders zu beurteilen, weil hier bereits vor der endgültigen Feststellung der Zulage mindestens mit einem Teile

derselben, nämlich in Höhe des bereits tatsächlich gezahlten Vorschusses, gerechnet werden konnte. Dieser war daher als Gehaltsteil mit zu berücksichtigen (§ 160 RVO.) und mit dem Vierfachen des Vierteljahrsbetrags dem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst hinzuzurechnen (§ 165 Abs. 2 RVO.).

C. Zur Unfallversicherung.

Gesetz über Änderung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung.

Vom 13. April 1922 (RGBl. S. 485).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I. — In dem § 544 Abs. 1 Nr. 2, § 548 Nr. 3, § 550 Abs. 1, 2, § 896, § 923 Abs. 1 Nr. 2, § 925 Nr. 2, § 927 Abs. 1, 2 und den §§ 1063, 1170 RVO. in der Fassung der Artikel I bis IV, VI des Gesetzes, betreffend Änderungen in der Unfallversicherung, vom 11. April 1921 (RGBl. S. 467) wird das Wort „vierzigtausend" durch das Wort „einhundertfünfzigtausend" ersetzt.

Artikel II. — In dem § 563 Abs. 2, § 732 Abs. 2, § 939, § 1017 Abs. 2 und den §§ 1073, 1079, 1170 RVO. in der Fassung der Artikel V, VI des Gesetzes, betreffend Änderungen in der Unfallversicherung, vom 11. April 1921 (RGBl. S. 467) wird das Wort „zehntausendzweihundert" durch das Wort „sechsunddreißigtausend" ersetzt.

Artikel III. — Im § 586 Abs. 1 Nr. 1 und im § 1097 Abs. 2 RVO. wird das Wort „fünfzig" durch das Wort „eintausend" ersetzt.

Artikel IV. — Im § 612 Abs. 1 RVO. wird das Wort „sechzig" durch das Wort „sechshundert" ersetzt.

Artikel V. — Der § 612 Abs. 3 RVO. erhält folgende Fassung:

„Alle auszuzahlenden Beträge werden auf volle Mark aufgerundet. Dabei gelten Beträge, die gleichzeitig von derselben Zahlstelle an denselben Empfänger gezahlt werden, als ein Betrag.

Artikel VI. — Im § 720 Abs. 1 RVO. wird in Zeile 2 und 5 das Wort „fünftausend" je durch das Wort „fünfzigtausend" und in Zeile 3 das Wort „zehntausend" durch das Wort „einhunderttausend" ersetzt.

Artikel VII. — Im § 1006 RVO. in der Fassung des Artikels IX des Gesetzes, betreffend Änderungen in der Unfallversicherung, vom 11. April 1921 (RGBl. S. 467) fallen die Worte „von höchstens zwanzig Mark jährlich" weg.

Artikel VIII. — § 6 des Gesetzes über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 7) erhält folgende Fassung:

Die Zulage fällt weg, wenn die Rente ruht oder wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Zulage nicht mehr gegeben sind.

Artikel IX. — Das Gesetz tritt, soweit es Änderungen der §§ 550, 612, 720, 927 RVO. und des § 6 des Gesetzes über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 28. Dez. 1921 (RGBl. 1922 S. 7) betrifft, mit dem Tage der Verkündung in Kraft, im übrigen mit Wirkung vom 1. Januar 1922, in Ansehung der Artikel I, II jedoch mit der Maßgabe, daß bei der Berechnung der Leistungen auch die während des Jahres 1921 bezogenen Entgelte nach den neuen Vorschriften berücksichtigt werden. Die Vorstände der Berufsgenossenschaften sind befugt, bei der Umlegung der Aufwendungen des Jahres 1921 die bisherigen Vorschriften anzuwenden.

Sind Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1921 ereignet haben oder noch ereignen werden, nach den bisherigen Vorschriften rechtskräftig gewährt oder deshalb rechtskräftig abgelehnt, weil ein Betriebsbeamter nicht versichert war, so hat der Versicherungsträger die Feststellung nochmals zu prüfen. Führt die Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten beantragt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

Artikel X. — Das Reichsversicherungsamt kann Näheres über die Durchführung des Gesetzes und das Verfahren bestimmen.

Anmerkung: Tag der Verkündung durch Ausgabe der Nr. 32 des Reichsgesetzblattes in Berlin ist der 28. 4. 22. Mit diesem Tage sind die im Art. IX bezeichneten Änderungen der RVO. und des Gesetzes vom 28. 12. 21 in Kraft getreten.

Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft mit Rückwirkung?

Entscheidung des Versicherungsamts Hamburg vom 1. April 1922 (2740/21. K.).

Der Bäcker H., Mitglied der klagenden Kasse, hat am 29. 11. 20 im Betriebe der Bäckerei B. einen Unfall erlitten und war an dessen Folgen bis zum 17. 4. 21 arbeitsunfähig und bis zum 16. 5. 21 weiterhin in kassenärztlicher Behandlung. Die Anzeige gemäß § 1512 RVO. wurde am 15. 12. 20 der beklagten Berufsgenossenschaft übermittelt. Diese hatte beim Beginn der 14. Woche nach dem Unfall (1. 3. 21) noch nicht erklärt, ob sie das Heilverfahren übernehme. Die Kasse hat daher dem Verletzten auch nach dieser Zeit weiterhin Krankenhilfe gewährt. Am 31. 3. 21 teilte die Genossenschaft mit, daß sie nunmehr die Gesamtfürsorge für den Verletzten selbst übernommen habe, und zwar rückwirkend vom 1. 3. 21 ab. Sie ersuchte ferner, die Aufwendungen für Krankenpflege für die Zeit vom 1. 3. bis 31. 3. 21 zu liquidieren, die jedoch nur in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen erstattet würden. Die Kasse erklärte jedoch, daß sie eine rückwirkende Übernahme der Heilfürsorge nicht anerkenne, und erhob, da die Beklagte nur Aufwendungen für das Krankengeld aus der Hälfte der Rente erstattete, die Mehrforderung für Krankenpflege in Höhe von ⅜ des Grundlohns für die Krankheitstage vom 1. bis 31. März 1921 = 337,50 M. dagegen zurückwies, Klage mit dem Antrage, die Beklagte zur Zahlung dieses Betrages zu verurteilen. — Demgegenüber berief sich die Beklagte auf die Rekursentsch. Nr. 2313 des RVA. (Amtl. Nachr. 1909 S. 467), wo das Recht der Genossenschaft, ein noch nicht abgeschlossenes Heilverfahren jederzeit rückwirkend zu übernehmen, anerkannt sei. Die Kasse dagegen beruft sich auf eine andere Entsch. Nr. 2628 des RVA. (Amtl. Nachr. 1921 S. 270).

Das Versicherungsamt verurteilte die Genossenschaft zur Zahlung der strittigen 337,50 M. aus folgenden Gründen:

Keine der beiden angezogenen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts ist in diesem Falle anzuwenden. Beide Entscheidungen beziehen sich auf

den Fall einer Übernahme des Heilverfahrens und der Übertragung desselben auf die Kasse während der Wartezeit. Es ist richtig, daß die Berufsgenossenschaften auch nachträglich ein noch schwebendes Heilverfahren mit der Wirkung übernehmen können, daß sie von dessen Beginn an die Kosten übernehmen und der Kasse, die die Kur durchgeführt hat, die ihr erwachsenen Kosten für die Vorzeit nach den Grundsätzen der auftraglosen Geschäftsführung ersetzen kann (vgl. Entsch. des RVA. Nr. 2265, Amtl. Nachr. 1908 S. 551). Das gilt aber nur für das Heilverfahren innerhalb der Wartezeit. Nur in dieser Zeit übernimmt die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren freiwillig. Nur für diese Zeit gilt auch § 1513 RVO. Nach Ablauf der Wartezeit muß die Berufsgenossenschaft pflichtmäßig das Heilverfahren übernehmen und grundsätzlich selbst durchführen. Wenn sie für die Zeit nach Ablauf der Wartezeit von 13 Wochen das Heilverfahren übernimmt und es nach § 1514 der Krankenkasse, die es bis dahin nach Krankenversicherungsrecht durchgeführt hat, weiter überträgt, so findet lediglich § 1514 Anwendung. Die Beklagte hat ihr daher nach § 1514 Abs. 2 als Ersatz für die Krankenpflege nach Ablauf der 13 Wochen den Pauschbetrag des § 1503 zu gewähren, wenn eine förmliche Übertragung des Heilverfahrens an die Kasse stattgefunden hat. Aus den Akten der Beklagten ergibt sich aber, daß eine solche Übertragung gar nicht stattgefunden hat. Vielmehr hat die Beklagte mit Schreiben vom 31. März 1921 die Heilfürsorge und die sonstige Fürsorge selbst übernommen und selbst den Arzt mit der Weiterführung der Behandlung für ihre Rechnung beauftragt. Es greift daher weder § 1513 noch § 1514 Platz. Sondern die Kasse hat einfach nach § 1501 Abs. 2 Anspruch auf Ersatz für die Zeit vom 1. März 1921 ab, und zwar wieder nach Maßgabe des § 1503 für die von ihr gewährte Krankenpflege. Diese hat sie unbestritten bis zum 30. März gewährt. Daher hat sie für 30 Tage je ⅜ des 20 M. betragenden Grundlohns, also $30 \times \frac{3}{8} \times 30 = 337{,}50$ M. zu beanspruchen. Daß die tatsächlichen Kosten, welche aber die Kasse wegen ihres Pauschalzahlungssystems gar nicht berechnen kann, geringer sind, tut nichts zur Sache. Das Gesetz gewährt ihr diese vorteilhafte Art der Berechnung. Die Beklagte aber hätte diesen Nachteil vermeiden können, wenn sie auf die rechtzeitige Anzeige der Kasse hin rechtzeitig die Fürsorge übernommen hätte. Das lag ganz in ihrer Hand.

D. Zur Militärversorgung.

Anwaltskosten als erstattungsfähige außergerichtliche Kosten im Verfahren der Militärversorgung.

Entscheidung des **Reichsversorgungsgerichts** vom 21. September 1921 (Entsch. 2 S. 85).

Der Antrag des Rechtsanwalts R. stellt sich als ein solcher des Klägers auf Kostenerstattung nach der Zurücknahme des Rechtsmittels im Sinne des § 17 Abs. 2 Satz 2 der Verordnung der Reichsregierung vom 1. Februar 1919 dar. Denn das Verfahren der Militärversorgung kennt keinen eigenen Anspruch des Rechtsanwalts auf Festsetzung seiner Gebühren und Auslagen, sondern nur eine Vergütung für seine Berufstätigkeit im Rahmen der der obsiegenden Partei von dem Gegner zu erstattenden außergerichtlichen Kosten. Diese Vergütung kann somit nur unter denselben Voraussetzungen gewährt werden, unter denen die übrigen erwachsenen außergerichtlichen Kosten erstattet werden. Das geschieht aber nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, der sich das Reichsversorgungsgericht angeschlossen hat, nur soweit, als die Aufwendung der Kosten zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendig war (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. II S. 620 Anm. 2 zu § 21 der Verordnung, betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung, vom 22. November 1900, Lehmann, Kommentar zum 4. und 5. Buch der RVO. S. 294 Anm. 3 zu § 1670).

Im vorliegenden Falle war Rechtsanwalt R. ausweislich der in der Berufungsinstanz überreichten Vollmacht auch für die Rekursinstanz zur Vertretung des Klägers bevollmächtigt. Wie aus den getroffenen Feststellungen hervorgeht, hat er gelegentlich einer im Rahmen der Berufungsinstanz liegenden Maßnahme von der Einlegung des Rekurses erfahren. Mit der Mitteilung dieser Prozeßhandlung des Gegners an den Kläger und der an das Reichsversorgungsgericht gerichteten Bitte um Zustellung der Rekursschrift und Mitteilung des Termins haben sich seine Bemühungen erschöpft. Ob diese Maßnahmen vor der Zustellung der Rekursschrift unbedingt notwendig waren, mag zweifelhaft sein. Das Reichsversorgungsgericht ist aber der Ansicht, daß eine Partei ein wesentliches Interesse daran hat, von der Einlegung eines Rechtsmittels des Gegners so rasch wie möglich zu erfahren, und daß sie von diesem Augenblick an berechtigt ist, ihre Gegenmaßnahmen zu treffen. Von diesem Gesichtspunkt aus ist nichts dagegen einzuwenden, wenn R. so frühzeitig in der Rekursinstanz tätig wurde und als bevollmächtigter Vertreter des Klägers auftrat. Die dadurch dem Kläger erwachsenen Kosten müssen mit Rücksicht auf die vorliegenden besonderen Umstände als zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung erforderlich behandelt werden. Der Einwand des Beklagten, das

Verfahren sei durch die Zurücknahme des Rechtsmittels bereits beendet gewesen, als der Vertreter des Klägers die Zusendung der Rekursschrift beantragte, ist ohne Belang. Da die Zurücknahme in dem Verfahren der Militärversorgung gegenüber dem Spruchgericht erfolgt und nicht, wie im Zivilprozeß, erst mit der Zustellung eines entsprechenden Schriftsatzes an den Gegner wirksam wird, können die bis zur Mitteilung der Zurücknahme erwachsenen zweckentsprechend aufgewandten Kosten der obsiegenden Partei nicht zur Last fallen.

Die Festsetzung der Vergütung des Rechtsanwalts R. einschließlich seiner Auslagen hat nicht nach den Grundsätzen des Zivilrechts, sondern nach der Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 1. März 1919 (RGBl. S. 266) in der Fassung der weiteren Bestimmungen über die Militärversorgungsgerichte usw. vom 21. Mai 1920, I Nr. 6 (RGBl. S. 1099), in einer Pauschsumme zu erfolgen, die zwischen 5 und 500 M. zu bemessen ist. Mit Rücksicht darauf, daß die Bemühungen des R. bis zur Zustellung der Rekursschrift nur unerheblich sein konnten und sich ausweislich seiner Handakten auf zwei kurze Mitteilungen beschränkten, erscheint die Forderung von 100 M. zu hoch. Das Reichsversorgungsgericht hat den Betrag von 20 M. für angemessen gehalten, wobei es auch die weitere Tätigkeit des R. in der Kostenfestsetzungssache berücksichtigt hat.

Sprechsaal.

Abschlag auf die Preise der Arzneitaxe.

Wir erhalten folgende Zuschrift einer Postkrankenkasse: „In der »Apotheker-Zeitung« Nr. 53 vom 30. 12. 1921 S. 554 ist eine Bekanntmachung des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 23. 12. 21, betreffend die deutsche Arzneitaxe 1922, veröffentlicht, in der den Krankenkassen nach der Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde (Erlaß des Ministers d. Innern vom 5. Juni 1913 — M. N. 5230) auf 10 v. H. der Arzneitaxe festgesetzte Preisabschlag geändert wird. Danach brauchen die Apotheker den Krankenkassen bei einem vierteljährlichen Rechnungsbetrage bis zu 100 M. keinen Abschlag zu gewähren. Bei höheren vierteljährlichen Rechnungsbeträgen sind für die weiteren 400 M. 5 v. H., für die noch höheren Beträge 10 v. H. nachzulassen. — Uns ist diese Verfügung des Wohlfahrtsministers nicht zugegangen; das Versicherungsamt und Oberversicherungsamt haben gleichfalls keine Kenntnis davon. Wir zweifeln, daß der Wohlfahrtsminister die Verordnung des Ministers des Innern ohne weiteres aufheben kann."

Hierzu ist zu bemerken, daß die Zuständigkeit des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt zu dem Erlaß einer solchen Anordnung ganz zweifelsfrei ist, da er jetzt — wie früher der Minister des Innern — oberste Verwaltungsbehörde im Sinne des § 476 RVO. und folglich auch befugt ist, in den Grenzen dieser Vorschrift ältere Anordnungen abzuändern, aufzuheben und durch neue zu ersetzen. Die Krankenkasse kann auch gegenüber der vom Minister in den Grenzen seiner Zuständigkeit erlassenen Bestimmmung nicht geltend machen, daß diese ihr „nicht zugegangen", auch weder dem Versicherungsamt noch dem Oberversicherungsamt bekannt geworden sei. Aber selbstverständlich ist es dringend wünschenswert und geboten, daß Erlasse der vorliegenden Art alsbald im Amtsblatt des Ministers veröffentlicht werden, um auszuschließen, daß die Apotheker in die Lage versetzt werden, eine so wichtige Rechtsänderung zu ihren Gunsten bereits anzuwenden, ehe noch die Krankenkassen, als unmittelbar Beteiligte, und ebenso die Versicherungsbehörden auch nur Kenntnis von der Änderung haben können.

Über die Auslegung der Bestimmung ist bereits Streit entstanden. Die Wortfassung, wonach bei Vierteljahrsrechnungen „bis zu 100 M." kein Abschlag, bei höheren Rechnungen aber „für die weiteren 400 M." ein Abschlag von 5 v. H. usw. zu gewähren ist, läßt kaum einen Zweifel darüber zu, daß die ersten 100 M. immer, d. h. auch bei höheren Vierteljahrsrechnungen abschlagfrei bleiben. Von anderer Seite wird aber auf Grund einer bei „Vorverhandlungen" getroffenen „Vereinbarung" die gegenteilige Auffassung vertreten (zu vgl. „Landkrankenkasse" v. 1. 5. 22 Sp. 195, 196). Der Minister wird diesen Widerstreit lösen müssen.

Übrigens ist in der Zuschrift der Erlaß nicht vollständig mitgeteilt. Er enthält noch folgende Sätze: „Bei Aufstellung monatlicher Rechnungen gelten die Abschläge sinngemäß. Ebenso sind diejenigen Rechnungen zu behandeln, welche die Lieferungen für mehrere Krankenkassen enthalten, die in einem Verbande zusammengeschlossen sind, wenn die Rechnung auf einem Blatte ohne Trennung der einzelnen Kassen aufgeführt ist."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Neuere Urteile des Auslandes über die deutsche Sozialversicherung*).

Die Begründung zu dem soeben im österreichischen Nationalrat eingebrachten Entwurf eines Gesetzes über die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter und Angestellten, der eine Lücke in der dortigen Sozialversicherung schließen und auch die pensionspflichtigen Angestellten der Versicherungspflicht nach dem neuen Gesetz unterstellen will, weist vielfach auf die vorbildlichen deutschen Einrichtungen hin. So heißt es an einer Stelle: „Der Ruhm, das Problem zuerst in umfassender Weise durch Einführung einer staatlichen Zwangsversicherung gelöst zu haben, gebührt dem Deutschen Reiche. Schon das Programm für die Reform und den Ausbau der Sozialversicherung (1904) hebt es als bemerkenswert hervor, daß nahezu alle Kundgebungen, die sich mit der Einführung der

*) Aus den von Mitgliedern des RVA. herausgegebenen „Monatsblättern für Arbeiterversicherung" (1922 Nr. 1/2).

Invaliditäts- und Altersversicherung der Arbeiter in Österreich befassen, in den Hauptumrissen und vielfach sogar im einzelnen an das Muster der deutschen Invalidenversicherung anknüpfen. In der Tat ist zweifellos die Richtung, welche die österreichische Arbeiterversicherungsgesetzgebung bisher eingeschlagen hat, dieselbe, die in der deutschen Invalidenversicherung ihren konsequenten Ausbau gefunden hat, so daß eine weitgehende Annäherung an die deutschen Einrichtungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen, die in Deutschland gemacht wurden, und unter sorgfältiger Bedachtnahme auf die besonderen österreichischen Verhältnisse durchaus gerechtfertigt erscheint. Demgemäß folgt auch der gegenwärtige Entwurf in vielem dem deutschen Vorbild, nicht nur in grundsätzlichen Fragen, sondern oft auch im einzelnen. Und wo er im Einzelfalle den Wortlaut der gesetzlichen Bestimmungen übernimmt, tut er das in dem Bewußtsein, sich dadurch jene reichen geistigen Werte zu eigen zu machen, die die deutsche Wissenschaft und Rechtsprechung in Deutung und Anwendung des Gesetzes geschaffen haben." Zu den Vorschriften des Entwurfs, die sich mit Vorbeugung und Erhaltung der Volksgesundheit befassen, wird ausgeführt: „Diese Bestimmungen sollen den Boden vorbereiten für eine weitausgreifende Tätigkeit der Versicherungsanstalt in jenem Geiste, von dem die analoge Tätigkeit der deutschen Invalidenversicherungsanstalten beherrscht ist. Den großartigen Erfolgen, die diese Anstalten im Kampfe gegen die Volkskrankheiten (Tuberkulose, Alkoholismus, Geschlechtskrankheiten), ganz besonders auch auf dem Gebiete des Heilstättenwesens erzielt haben, ist in anderen Ländern nichts Ähnliches an die Seite zu stellen."

Ein gleich günstiges Urteil kommt aus Ungarn. Die Tageszeitung Világ sagt in einem Aufsatz über das deutsche Reichsversicherungsamt und seinen Präsidenten: „Die deutsche Arbeiterversicherung ist der Ruhm des Humanismus, der sozialen Einsicht und des über alle politischen Fragen erhabenen rein menschlichen Gefühls. Sie blickt auf eine Vergangenheit von nahezu vier Jahrzehnten zurück. Ihre Gründung ist überall als ein gewagter Versuch angesehen worden. Interessenten, Arbeiter und Arbeitgeber hegten insgesamt feindselige Gefühle gegen sie, und niemand dachte, daß sie ihr heutiges so bedeutendes Niveau erreichen würde. Der dem verlorenen Kriege folgende Zusammenbruch erschütterte die Klassen des gewaltigen Reichs von Grund auf. In diesen schicksalschweren Tagen hat die deutsche Arbeiterversicherung felsenfest standgehalten und setzte ihre Tätigkeit ungestört fort. Als die Reichseinheit in ihren Fugen krachte und scheinbar sämtliche staatliche und gesellschaftliche Organisationen in Auflösung waren, arbeitete die Arbeiterversicherung mit ruhigem Selbstbewußtsein weiter und paßte sich ohne jede Störung den neuen veränderten Verhältnissen an."

Auch der neue französische Gesetzentwurf einer Sozialversicherung (Kranken-, Mutterschafts-, Invaliditäts-, Alters-, Sterbegeld- usw.-Versicherung), der das deutsche Zwangssystem übernimmt, lehnt sich an unsere Gesetzgebung an. Sein Vorbild ist die in Elsaß-Lothringen noch geltende deutsche Sozialversicherung, über die sich der französische Arbeitsminister nach zweijährigem eifrigen Studium bewundernd ausgesprochen haben soll. Der von diesem ausgearbeitete Entwurf ist bereits im März 1921 vom französischen Ministerrat angenommen worden. Mit seiner Durchberatung beschäftigen sich jetzt die französische Kammer und der Senat. Inzwischen haben, wie aus Elsaß-Lothringen gemeldet wird, die dortigen industriellen Körperschaften einen Studienausschuß für die Fragen der Sozialversicherung eingesetzt, dessen Bericht vorliegt. Danach haben sich die Körperschaften an den sozialen Ausschuß der französischen Kammer, dem der Gesetzentwurf überwiesen worden ist, gewandt und erklärt, sie seien durchaus Anhänger der jetzt in Elsaß und Lothringen gültigen Versicherungsart, also der deutschen, und wünschten ihre Ausdehnung auf ganz Frankreich. Wie neuerdings bekannt wird, hat der Kammerausschuß eine Umfrage veranlaßt, die sich hauptsächlich an Gewerkschaften, Handelskammern, Ärztevereinigungen und freie Hilfskassen wendet und bereits teilweise beantwortet ist. Abgesehen von wenigen Gruppen stimmen die Arbeiter entschieden dem Entwurfe zu, wünschen aber unter anderem die Einbeziehung der Arbeitslosenversicherung. In Kreisen der Ärzteschaft legt man besonderes Gewicht auf die Gutachten der elsaß-lothringischen Ärzte, die auf den deutschen Erfahrungen beruhen. Von 361 Ärzten sollen 288 geantwortet haben, davon 270 für die Einführung der Sozialversicherung.

Über die Krankenversicherung der Seeleute hat Otto Okraß hier bereits im Jahrgang 1920 S. 181 ff. Beachtenswertes vorgebracht (zu vgl. auch Hoffmann das. S. 386 ff.). Neuerdings hat er über den gleichen Gegenstand auf dem 9. deutschen Schiffahrtstage, der am 27. und 28. 3. 22 in der Handelshochschule zu Berlin abgehalten worden ist, Bericht erstattet. Aus seinen eingehenden Ausführungen, die wir hier in einem gedrängten Auszuge wiedergeben, geht hervor, daß der Besatzung deutscher Seefahrzeuge und der Binnenschiffahrt die reichsgesetzliche Krankenversicherung und Wochenhilfe nicht in dem Maße zuteil wird, wie sie der Beschäftigte an Land nach der RVO. hat. Die Seemannsordnung enthält Bestimmungen, die den Reeder verpflichten, im Falle der Erkrankung des Seemannes, für ihn aufzukommen. Die Unterstützungspflicht des Reeders hat für die Dauer der Krankheit, mindestens aber für 26 Wochen, Platz zu greifen. Sie erstreckt sich aber nur auf Krankheiten, die während der Dauer des Arbeitsvertrages eintreten. Nach Lösung des Arbeitsverhältnisses (nach der Abmusterung beim Seemannsamt) hat der Reeder keinerlei Verpflichtungen mehr. Auch hat der Seemann keine Möglichkeit, eine Weiterversicherung einzugehen, weil die Unterstützungspflicht des Reeders nur eine subsidiäre Einrichtung ist, ähnlich wie es die Gemeindekrankenversicherung unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes von 1884 war. Anders steht es bei den organisierten Krankenkassen nach der RVO. Die Leistungen dieser Einrichtungen sind auf einer ganz anderen Grundlage aufgebaut und gehen ganz erheblich weiter, als sie der Seemann aus der Seemannsordnung beanspruchen kann. Ebenfalls ist den an Land Beschäftigten die Möglichkeit gegeben, ihre Familien im Falle der Krankheit und der Niederkunft bei den organisierten Kassen sicherzustellen. Die größte Mehrzahl der organisierten Krankenkassen hat Familienversicherung. Im Falle der Lösung des Arbeitsvertrages des an Land Beschäftigten ist ihm die Möglichkeit gegeben, sich bei den organisierten Krankenkassen weiterzuversichern. Allerdings hat er auch zur Deckung der Ausgaben Beiträge zu entrichten, was der Seemann auf Grund der Seemannsordnung nicht nötig hat. Durch die Umwälzung in der Wirtschaftslage nach der Revolution hat es sich als eine bittere Notwendigkeit erwiesen, die gesamte soziale Gesetzgebung in

bezug auf Beiträge und Leistungen auf eine ganz andere Grundlage zu stellen. Auch im übrigen hat man am Text der verschiedenen Gesetze grundlegende Änderungen getroffen. Am Text der Seemannsordnung hat man aber bis heute nichts geändert, obwohl sie schon aus dem Jahre 1903 stammt. Erst in neuerer Zeit sind die verschiedenen Organisationen (Reeder, Schiffer, Matrosen, Heizer usw., also Arbeitgeber und Arbeitnehmer) zusammengetreten, um der reformbedürftigen Seemannsordnung ebenfalls, der Zeit entsprechend, ein anderes Kleid anzuziehen. Nachdem alle Seeleute ohne Ausnahme durch ihr Beschäftigtsein am Lande die Segnungen der reichsgesetzlichen Krankenversicherung kennengelernt haben, ist es ein berechtigter Wunsch, die hierauf bezüglichen Bestimmungen in der Seemannsordnung zu streichen und die Besatzung deutscher Seefahrzeuge und die der Binnenschiffahrt der RVO. zu unterwerfen. Wenn die Regierung der deutschen Schiffahrt das gute seemännische Personal erhalten will, und das muß sie schon mit Rücksicht auf das Daniederliegen unserer Schiffahrt, dann wird sie nicht umhin können, dem Drängen der Seeleute auf Unterwerfung unter die RVO. in bezug auf Krankenversicherung und Wochenhilfe nachzugeben. Dieses kann nicht nur der Wunsch der Seeleute, sondern muß auch der der Reeder sein.

Herr Okraß hat auf Wunsch der beteiligten Organisationen einen Vorschlag zu einem Gesetzentwurf betr. die Krankenfürsorge und Wochenhilfe für die Besatzung deutscher Seefahrzeuge und die der Binnenschiffahrt ausgearbeitet und dem Schiffahrtstage unterbreitet. Wir müssen uns den Abdruck des Entwurfs wegen Raummangels zur Zeit versagen, hoffen aber, auf die Angelegenheit gelegentlich zurückkommen zu können.

Der Brotpreis als Honorar-Maßstab.

Nach der „Münchener Medizinischen Wochenschrift" haben die Ärzte in Leisnig in Sachsen beschlossen, den jeweiligen Brotpreis als Grundlage für die Honorarberechnung zu betrachten. Sie geben das ihrer Kundschaft durch folgenden Wartezimmeranschlag bekannt: „Das dauernde Fortschreiten der allgemeinen Teuerung zwingt uns Ärzte, unsere Honorarforderungen dem sinkenden Markwert anzupassen. Wir werden uns künftig in bescheidenster Weise den beherrschenden Brotpreis zur Richtschnur nehmen. Als Mindestsätze gelten daher bis auf weiteres die Friedenssätze von 1914 (3 Mark für den Besuch, 2 Mark für die Beratung, 1 Mark für den Doppelkilometer Fortkommen, für Sonderleistungen die Sätze der Allgem. Deutschen Krankenkassentaxe von 1914) vervielfacht mit der Zahl, die sich ergibt, wenn der heutige Preis für ein Pfund Brot durch 15 (1914 kostete ein Pfund Brot 15 Pfennige) geteilt wird." Das kommt ungefähr auf dasselbe hinaus wie die Verrechnung nach der Reichsindexziffer, hat aber vor dieser den Vorzug der leichteren Verständlichkeit für das Volk.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Olle Kamellen.

1. **Nach Leubnitz.** Antwort: Wir bitten Sie, zunächst einmal das „An unsere Leser" gerichtete Ersuchen im Jahrg. 1921 S. 118 Ziff. 1 zu lesen und künftig zu beachten. — Ihre beiden Fragen sind schon sehr oft in unserer Zeitschrift erörtert worden. Das Krankengeld ist nach dem zur Zeit der Erkrankung bei der Kasse geltenden Grundlohn zu bemessen; eine Änderung des Grundlohns hat keinen Einfluß (§ 211; Ausnahme: § 9 Abs. 2 Ges. v. 28. 12. 21). — Ein Angestellter hat Anspruch auf Krankengeld, auch wenn er sein Gehalt fortbezieht; er muß sich aber, wenn ihm das Krankengeld auf Grund einer Pflichtversicherung zukommt, den Betrag auf das Gehalt anrechnen lassen (§ 616 Satz 2 BGB.).

Einweisung ins Krankenhaus vor Ablauf der Wartezeit nach § 207 RVO. Wer trägt die Kosten?

2. **Nach Arnstadt.** Frage: § 27 unserer Satzung bestimmt, daß der Anspruch freiwillig beitretender Kassenmitglieder erst nach einer Wartezeit von 6 Wochen entsteht. Ein seit 19. Januar 1922 der Kasse freiwillig angehörendes Mitglied hat sich am 1. März 1922 von unserem Kassenführer einen Krankenschein ausstellen lassen und wurde daraufhin in das Krankenhaus aufgenommen. Durch eine Nachfrage bei dem behandelnden Arzt stellten wir fest, daß als Beginn der Krankheit der 28. Februar 1922 zu gelten habe. Wir haben daher sowohl der Krankenhausverwaltung als auch der Kranken mitgeteilt, daß wir die Kosten der Behandlung nicht übernehmen könnten, da die Mitgliedschaft noch nicht, wie § 27 der Satzung vorschreibe, 6 Wochen bestände. Die Krankenhausverwaltung schreibt uns darauf, daß die Kranke inzwischen entlassen sei, und legt uns bei dieser Gelegenheit Rechnung über 361 M. vor mit dem Ersuchen um Zahlung. Sind wir hierzu verpflichtet?

Antwort: Der in der Wartezeit des § 207 RVO. (§ 27 Ihrer Satzung) eingetretene Versicherungsfall konnte einen Anspruch des Versicherten gegen die Kasse allerdings nicht erzeugen. Hier aber steht in Frage, ob nicht die Krankenhausverwaltung gleichwohl einen Anspruch gegen die Kasse hat. Das ist zu bejahen, wenn ihr gegenüber ein gültiger Auftrag zur Aufnahme der Kranken in das Krankenhaus vorlag. In dieser Richtung lassen jedoch Ihre Angaben hinreichende Klarheit vermissen. Der Kassenführer hatte dem Versicherten einen „Krankenschein" erteilt, auf Grund dessen die Aufnahme ins Krankenhaus erfolgte. Danach scheint es, daß ein Ersuchen der Kasse an das Krankenhaus um Aufnahme der Kranken vorlag. War dies der Fall, so fragt sich weiter, ob der Kassenführer hierzu ermächtigt war.

Grundsätzlich ist die Erteilung eines solchen Auftrags Sache des Vorstandes; es kann hierzu aber auch der Vorsitzende allein oder der Kassenarzt oder ein geschäftsführender Angestellter der Kasse ausdrücklich oder stillschweigend, insbesondere durch ständige Verwaltungsübung, ermächtigt sein. War dies in vorliegender Sache der Fall, so muß die Kasse das an die Krankenhausverwaltung gerichtete Ersuchen gelten lassen, also die Kosten bezahlen und kann nur von dem Angestellten, falls ihm eine Fahrlässigkeit zur Last fällt, Ersatz verlangen.

Gebühren einer Hebamme, die einem Arzte bei einer geburtsärztlichen Verrichtung Beistand leistet.

3. **Nach J.** Frage: Nach Ziff. 3 der Hebammengebührenordnung für unseren Regierungsbezirk betragen die Mindestgebühren für den Beistand bei einer Fehlgeburt oder unzeitigen Geburt oder bei Abnahme einer Mole für die Dauer bis zu 6 Stunden 80 M. Können die Hebammen diesen Satz auch beanspruchen, wenn sie bei einer Fehlgeburt einem Arzt assistieren. Wir meinen, daß sie diesen Anspruch nur haben, wenn sie die angegebenen Leistungen selbständig ausführen.

Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei. Die preußische GebOrdg. für Ärzte sieht für den nur als Beistand bei einer ärztlichen Verrichtung zugezogenen Arzt nicht die für die selbständige Ausführung festgesetzte, sondern eine besonders bestimmte Gebühr vor (vgl. Nr. 7 der neuen GebOrdg.). Das läßt erkennen, daß grundsätzlich Hilfsdienste nicht gleich zu bewerten sind wie die selbständige Ausführung. Das muß man auch für die Hebamme gelten lassen, die dem Arzte nur Beistand leistet. Sieht die GebOrdg. für die Hebammen diesen Fall nicht besonders vor, so wird die Hebamme nur die „übliche", also eine den Umständen des Falles angemessene Vergütung beanspruchen können (§ 612 Abs. 2 BGB.; ArbVers. 1920 Ziff. 11b).

Kosten des Stromverbrauchs bei elektrischen Behandlungsarten.

4. **Nach L.** Frage: Ist die Krankenkasse zur Tragung der Kosten für Stromverbrauch usw. verpflichtet, wenn der Arzt Faradisationen, Bestrahlungen mit Höhensonne usw. für erforderlich hält und sie selbst mit eigenen Apparaten ausführt und zwar: a) bei Kassenmitgliedern? b) bei Angehörigen derselben, denen nach der Satzung als Familienhilfe nur ärztliche Behandlung, nicht auch Arznei und Heilmittel gewährt werden.

Antwort: Über die grundsätzliche Frage, ob die in Betracht kommenden Heilbehandlungsarten lediglich als ärztliche Behandlung oder als eine Verbindung der ärztlichen Behandlung mit Heilmittelanwendung anzusehen sind, haben wir uns in Arb. Vers. 1920 S. 638 Ziff. 8 ausführlich geäußert. Nimmt man — grundsätzlich oder im einzelnen Falle nach den besonderen Umständen — an, daß die Leistung des Arztes einheitlich nur als ärztliche Behandlung zu betrachten ist, so hat die Kasse die gesamten Kosten dieser Leistung zu tragen, gleichviel, ob es sich um Krankenhilfe aus § 182 RVO. oder um Familienhilfe nach § 205b Ziff. 1 RVO. in Verbindung mit der Satzungsbestimmung handelt. Rechtfertigt sich aber die Zerlegung der Leistung in ärztliche Behandlung und Heilmittelanwendung, so braucht die Kasse bei der Familienhilfe den auf das Heilmittel entfallenden Anteil der Gesamtkosten der Satzung gemäß keinesfalls zu tragen, während im Falle der Krankenhilfe für die Versicherten selbst die Pflicht der Kasse, jenen Kostenanteil zu tragen, davon abhängt, ob das Heilmittel seinem Preise nach als „kleineres" oder als „größeres" im Sinne der §§ 182 Ziff. 1, 193 Abs. 1 anzusehen ist. — So ist die Sache zu beurteilen, soweit es sich um die Leistungspflicht der Kasse gegenüber den Versicherten handelt. Eine andere Frage ist die, ob der Arzt die Kosten für den Stromverbrauch besonders berechnen darf. Diese Frage ist, beim Mangel einer Vereinbarung, nach der preuß. Gebührenordnung (jetzt v. 16. 3. 22) zu beurteilen, die unter II Ziff. 3 ausdrücklich bemerkt, daß bei der Vergütung für ärztliche Dienstleistungen (neben den Gebühren für Beratung, Besuch, ärztliche Verrichtung) u. a. noch in Betracht kommen die „Auslagen". Dazu gehört selbstverständlich auch der Aufwand für Stromverbrauch, auch dann, wenn der Arzt die Verrichtung mit eigenen Apparaten ausführt.

Wiederholter freiwilliger Beitritt nach §§ 176, 310 RVO.

5. **Nach Weiden.** Frage: Kann ein früherer Versicherungsberechtigter (§ 176 RVO.), welcher am 31. 8. 19 gemäß § 314 Abs. 1 RVO. seine Mitgliedschaft verloren hat, jetzt der Kasse wiederum nach § 176 freiwillig beitreten? Die Voraussetzungen des § 176 (neuer Fassung) sowie der Satzung sind gegeben.

Antwort: Der freiwillige Beitritt ist jederzeit zulässig, wenn die Voraussetzungen der §§ 176, 310 RVO. gegeben sind, also auch dann, wenn eine frühere freiwillige Versicherung wegen Beitragsverzugs nach § 314 Abs. RVO. erloschen war.

Röntgenbestrahlung als ärztliche Behandlung oder Heilmittel?

6. **Nach Halle a. S.** Antwort: Die Frage ist in unserer Zeitschrift schon sehr oft und besonders eingehend und zusammenfassend im Jahrg. 1920 S. 638 Ziff. 8 behandelt worden.

Weiterversicherung eines ohne Entgelt beschäftigten Lehrlings (§§ 313, 313a RVO.).

7. **Nach Velbert.** Antwort: Für Ihre Ansicht, daß ein ohne Entgelt beschäftigter Lehrling beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht sich nicht nach § 313 RVO. freiwillig weiterversichern könne, bietet weder die Fassung, noch der Zweck dieser Vorschrift den geringsten Anhalt. Der Ausscheidende bleibt, wenn die Voraussetzungen des § 313 erfüllt sind, grundsätzlich in seiner Klasse oder Lohnstufe Mitglied in der Weise, wie er es bisher war, also insbesondere ohne Anspruch auf Krankengeld und gegen entsprechend ermäßigte Beiträge (§ 494 RVO.; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 Abs. 2 zu § 313). Es gilt aber auch für den so Weiterversicherten, die neue Vorschrift des § 313a RVO. (Ges. v. 28. 12. 21) über die Versetzung in eine andere Klasse oder Stufe.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1354 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. Juni 1922 | Heft 16

Bedeutung der Reichssteuergesetze für die Versicherungsträger.

Von Georg Heymann, Korrespondenten beim Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen in Dresden.

In meinen früheren Ausführungen (Arb.-Vers. 1920 S. 601) habe ich die bisherigen Steuergesetze in ihrer Bedeutung für die Versicherungsträger erörtert. Nachdem die Durchführung der Steuergesetze in der Praxis zu verschiedenen Zweifelsfragen geführt hat, und eine Reihe von Auslegungen, amtlichen Bescheiden, Änderungen und auch völlig neuen Steuergesetzen vorliegt, sollen im folgenden meine Ausführungen ergänzt werden.

Zunächst einiges Wissenswerte für die Versicherungsträger über das Einkommensteuergesetz. Wie allgemein bekannt, besteht nach dem Einkommensteuergesetz für den Arbeitgeber die Verpflichtung, bei der Lohnzahlung einen Steuerabzug vorzunehmen und dafür Steuermarken zu kleben. Da es sich um eine gänzlich neue Form der Steuerzahlung handelte, war es nur natürlich, daß sich sehr bald die Notwendigkeit einiger Änderungen bzw. Ergänzungen der gesetzlichen Bestimmungen ergab. Unterm 11. Juli 1921 ordnete der Reichsminister der Finanzen an, daß der Steuerabzug bei Reichs- und Landesbehörden und bei Gemeindeverwaltungen unter näher bestimmten Voraussetzungen auf Antrag in einem erleichterten Verfahren bewirkt werden kann. Durch einen Erlaß vom 2. Januar 1922 wurde dann das erleichterte Verfahren für den Steuerabzug auf weitere Institute, insbesondere auf Körperschaften des öffentlichen Rechtes, also auch auf die Krankenkassen, ausgedehnt. Danach ist es nicht mehr erforderlich, Steuermarken zu kleben. Der Steuerabzug kann in einer Summe ohne Aufführung der einzelnen Steuerpflichtigen abgeführt werden. Ein entsprechender Antrag ist an das Landesfinanzamt zu richten. Näheres darüber ist in ArbVers. 1922 S. 133 zu finden.

Über die Frage des Steuerabzugs bei den im Dienste von Krankenkassen tätigen Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern und Heilgehilfen äußerte sich der Reichsminister der Finanzen in einem Bescheid vom 10. Januar 1921. Darin kommt, vorbehaltlich einer Entscheidung im Einzelfalle, zum Ausdruck, daß das Einkommen der Kassenärzte dem Steuerabzug nur dann zu unterwerfen sein wird, wenn es sich um festangestellte Ärzte handelt. Demgegenüber ließe sich doch wohl auch die Ansicht vertreten, daß das Einkommen der nicht fest angestellten, aber bei der Kasse zugelassenen Ärzte ebenfalls dem Steuerabzug unterliegt; denn es handelt sich bei diesen Ärzten gleichfalls um Bezüge gemäß § 9 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes, da durch die zwischen der Kasse und den Ärzten geschlossenen Verträge (Dienstverträge im Sinne der §§ 611 ff. BGB.) ein Dienstverhältnis zur Kasse begründet ist. Zu dem steuerabzugfreien Einkom-

men dürfte nur das aus der privatärztlichen Berufstätigkeit erzielte Einkommen zu rechnen sein. Bei der Verschiedenheit der in Betracht kommenden Verhältnisse hat denn auch der Reichsminister der Finanzen die Entscheidung der Frage der Beurteilung im Einzelfalle überlassen.

Ferner hat sich der Reichsminister der Finanzen unter dem 20. August 1920 unverbindlich, vorbehaltlich einer endgültigen Entscheidung im Rechtsmittelverfahren, dahin geäußert, daß ein Arzt, der sich der Landesversicherungsanstalt als Vertrauensarzt verpflichtet, zu der Anstalt in ein Anstellungsverhältnis tritt und bei seinen Bezügen aus diesem Verhältnis die Merkmale des Arbeitslohnes im Sinne des § 9 Ziffer 1 des Einkommensteuergesetzes zutreffen. Die Bezüge dürften daher dem Steuerabzug unterliegen.

Nach § 45 Abs. 2 des Gesetzes über die Einkommensteuer vom Arbeitslohn vom 11. Juli 1921 sollten als Arbeitslohn u. a. auch die Bezüge aus der reichsgesetzlichen Angestellten-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gelten. Die auszahlenden Kassen hätten dann von den Bezügen einen Betrag von 10 v. H. unter Berücksichtigung der im § 46 Abs. 2 vorgesehenen Ermäßigung einbehalten müssen. Diese Regelung mußte allerdings als eine praktische und wirtschaftliche Unmöglichkeit bezeichnet werden. Durch Ziffer 14 des Gesetzes zur Änderung des Einkommensteuergesetzes vom 20. Dezember 1921 sind daher im § 45 Abs. 2 die Worte „Bezüge aus der reichsgesetzlichen Angestellten-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung“ gestrichen worden.

Die Finanzämter fordern oft **Angaben über die Lohnverhältnisse der Versicherten.** Das frühere Einkommensteuergesetz enthielt über eine solche Auskunftspflicht keine Bestimmungen. Nach § 52 c des Gesetzes über die Einkommensteuer vom Arbeitslohn vom 11. Juli 1921 — RGBl. S. 845 — haben aber nunmehr die Träger der Reichsversicherung den Finanzbehörden jede zur Prüfung der Vorschriften der §§ 45 bis 52 und der den Finanzämtern obliegenden Prüfung und Aufsicht dienende Hilfe zu leisten. Insoweit findet § 142 RVO. keine Anwendung.

In dem **Kapitalertragssteuergesetz** vom 29. 3. 1920 ist eine teilweise Befreiung der Träger der Sozialversicherung von der Steuer vorgesehen. Insbesondere sind die Erträge aus solchen Kapitalanlagen, die sich vor dem 1. Oktober 1919 in ihrem Besitz befanden, von der Steuer befreit. Zweifelhaft kann die Frage sein, ob bei Auflösung einer Betriebs-, Innungskrankenkasse usw. die der aufnehmenden Krankenkasse überwiesenen Kapitalanlagen, soweit sie bei der aufgelösten Krankenkasse vor dem 1. 10. 1919 erworben und daher steuerfrei waren, weiterhin steuerfrei bleiben. Beim Fortbestand der aufgelösten Kasse wären doch die Erträge der Kapitalanlagen ebenfalls von der Steuer befreit. Es handelt sich lediglich um einen Vermögensübergang. Eine Ortskrankenkasse erhob in einem solchen streitigen Falle Anspruch auf Befreiung von der Steuer. Das Landesfinanzamt als Berufungsinstanz gab jedoch der Befreiung nicht statt und führte aus, daß allerdings Fälle denkbar sind, in denen ein nach dem 30. September 1919 erfolgter Wechsel in dem Kapitalbesitz gleichwohl die fernere Befreiung rechtfertigen kann. Als Fälle dieser Art könnten beispielsweise Vereinigungen von Krankenkassen gelten, also Fälle, in denen der bisherige Träger des Eigentums sich mit einem anderen Rechtssubjekt gleicher Art vereinigt. Ein solcher Fall sei aber bei einer Auflösung oder Schließung der Kasse nicht gegeben. Bei einer Auflösung oder Schließung erlösche der bisherige Rechtsträger des Vermögens. Dieses selbst werde liquidiert. Sowohl im Falle der Auflösung, wie im Falle der Schließung werde ein etwaiger Liquidationsüberschuß einer oder mehreren Krankenkassen nach dem Verhältnis der überwiesenen Mitgliederzahl zugeteilt. Für diese Kassen bilden aber die überwiesenen Vermögenswerte eine neue Kapitalanlage, da der bisherige Eigentümer als Rechtsträger erloschen und nicht, wie im Falle der Ver-

einigung, in einer anderen Kasse aufgegangen sei. Wenn daher die Vermögensüberweisung nach dem 30. September 1919 erfolgt ist, könne im Falle der Überweisung bei Auflösung oder Schließung nicht davon gesprochen werden, daß die Kasse, der der Liquidationsüberschuß überwiesen worden ist, bereits vor dem 1. Oktober 1919 im Besitz der Kapitalanlagen gewesen sei. Eine fernere Steuerbefreiung könne daher für diese Kapitalanlagen nicht beansprucht werden. Eine endgültige Entscheidung des Reichsfinanzhofes ist in dem Streitfalle nicht herbeigeführt worden. Es ist kaum anzunehmen, daß die Entscheidung des Reichsfinanzhofes anders ausgefallen wäre. Man wird die von dem Landesfinanzamt vertretene Auffassung in ähnlichen Fällen als zutreffend bezeichnen können.

In einer Entscheidung des Reichsfinanzhofes vom 15. Februar 1922 kommt zum Ausdruck, daß die Zinsen des nach § 10 der Fernsprechgebührenordnung vom 6. Mai 1920 gezahlten einmaligen Fernsprechbeitrages in jedem Falle kapitalertragssteuerfrei sind. Zu Unrecht geleistete Steuerbeträge sollen durch das zuständige Finanzamt auf schriftlichen oder mündlichen Antrag zurückerstattet werden.

Nach der bisherigen Fassung des § 2 Abs. 1 Nr. 9 des Umsatzsteuergesetzes waren umsatzsteuerfrei ärztliche und ähnliche Hilfeleistungen, soweit die Entgelte für sie von den reichsgesetzlichen Krankenkassen und knappschaftlichen Krankenkassen zu zahlen sind. Näheres darüber habe ich in meiner früheren Abhandlung ausgeführt. Hinsichtlich des sehr dehnbaren Begriffs der „ähnlichen Hilfeleistungen" sind jedoch verschiedene Zweifel entstanden. Unter Berücksichtigung der zum Gesetz erlassenen Ausführungsbestimmungen wurde insbesondere verschiedentlich die Ansicht vertreten, daß für „Heilmittel", wie Verbandsstoffe, Bandagen, Krankenpflegeartikel usw., die Umsatzsteuer zu entrichten sei. Diese Einengung des Begriffs der ähnlichen Hilfsmittel erschien willkürlich und dem Willen des Gesetzgebers nicht entsprechend. Eine die Steuerfreiheit einschränkende Auslegung durch die Ausführungsbestimmungen mußte um so mehr als unzulässig betrachtet werden, als es in der Praxis zu fast unüberwindlichen Schwierigkeiten führen müßte, wenn einerseits die Steuerfreiheit für Arzneimittel anerkannt, anderseits aber für Heilmittel die Umsatzsteuer gefordert würde. Um die erwähnten Zweifel zu beseitigen, hat daher der § 2 Nr. 9 des Umsatzsteuergesetzes durch das Gesetz über Änderungen im Finanzwesen vom 8. April 1922 — RGBl. S. 364 — folgende Fassung erhalten:

„ärztliche und ähnliche Hilfeleistungen sowie Arznei- und Heilmittel, die zur Krankenpflege dienen, soweit die Entgelte für sie von den Krankenkassen (§ 225 der RVO), den knappschaftlichen Krankenkassen der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden sowie den Ersatzkassen (§§ 503 ff. RVO.) zu zahlen sind".

In dieser Fassung kommt also die Steuerfreiheit auch für die Heilmittel klar zum Ausdruck. Zu erwähnen ist noch, daß im übrigen der Steuersatz von 1½ v. H. auf 2 v. H. erhöht worden ist. Die Bestimmungen sind mit dem 1. Januar 1922 in Kraft getreten. Die erwähnte Steuerfreiheit tritt nicht nur dann ein, wenn die Leistungen Kassenmitgliedern, sondern auch dann, wenn sie gemäß § 8 des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 den Militärversorgungsberechtigten zugute kommen.

Wo die Krankenkassen den Familienangehörigen satzungsgemäß die Hälfte der Arzneikosten erstatten, ist zu beachten, daß auch für diesen Betrag keine Umsatzsteuer zu entrichten ist. Für die verbleibende, von dem Angehörigen zu zahlende Hälfte der Arzneikosten kann der Apotheker den Steuerbetrag gemäß § 12 des Umsatzsteuergesetzes gesondert in Rechnung stellen.

Nach einem Bescheide des Reichsministers der Finanzen vom 27. Juni 1921 unterliegt auch der Verkauf von Altpapier der Umsatzsteuer.

Im folgenden sei noch auf einige steuerrechtliche Bestimmungen des Gesetzes über Änderungen im Finanzwesen vom 8. April 1922 — RGBl.

S. 335 — hingewiesen, die die Versicherungsträger berühren. Das Gesetz umfaßt vierzehn Steuergesetze. Soweit nachstehend einzelne Bestimmungen unberücksichtigt geblieben sind, bleiben Ausführungen darüber einer späteren Arbeit vorbehalten.

Als Anlage 1 des Gesetzes kommt ein Vermögensteuergesetz in Betracht. Von dieser Steuer sind die Träger der Reichsversicherung gemäß § 5 Nr. 5 befreit.

Ferner ist ein Kapitalverkehrssteuergesetz in Kraft getreten. Nach § 1 b wird für den ersten Erwerb von Wertpapieren und sonstigen Vermögensrechten des Kapitalverkehrs eine Wertpapiersteuer erhoben. Nähere Bestimmungen darüber enthalten die §§ 25 bis 34 des Gesetzes. Steuerfrei sind insbesondere die Schuld- und Rentenverschreibungen des Reichs, der Länder, der inländischen Gemeinden und Gemeindeverbände. Die Steuerschuld wird jedoch nicht begründet durch Verträge über die Verwahrung oder Verwaltung von Wertpapieren. Die Steuer beträgt für je 100 M. oder einen Bruchteil dieses Betrages 0,50 M. bis 7,50 M. und ist von jedem Stück nur einmal zu entrichten. Die Steuerschuld entsteht, sobald die steuerpflichtigen Urkunden erstmalig im Inland ausgegeben oder veräußert oder verpfändet oder zum Gegenstand eines Geschäftes unter Lebenden gemacht werden, oder sobald Zahlungen auf sie geleistet werden. Steuerschuldner ist neben anderen Personen, wer das die Steuerschuld begründende Geschäft vorgenommen hat. Den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bestimmt der Reichsminister der Finanzen.

Für Versicherungsträger mit eigenen Kraftfahrzeugen zur Krankenbeförderung oder für Ärzte kann das als Anlage 12 des Gesetzes über Änderungen im Finanzwesen in Kraft getretene Kraftfahrzeugsteuergesetz in Frage kommen.

Des weiteren tritt ein Versicherungssteuergesetz in Kraft. Versicherungen nach Maßgabe der Reichsversicherungsordnung, des Versicherungsgesetzes für Angestellte und der auf Grund berggesetzlicher Vorschriften errichteten Knappschaftskassen, Arbeitslosen- und Stellenlosenversicherungen sind gemäß § 8 im allgemeinen von der Steuer befreit. Steuerfrei sind ferner nach § 8 Nr. 8 die Beiträge zu Pensionseinrichtungen für Angestellte und Beamte, die auf Grund eines Arbeitsvertrages zu leisten sind.

Nach § 258 des Gesetzes über das Branntweinmonopol vom 26. Juli 1918 hatten die Krankenkassen zur Ermäßigung der Kosten der weingeisthaltigen Heilmittel Anspruch auf eine Rückvergütung von 60 Pf. für jedes Mitglied. Die wesentlichsten Bestimmungen dieses Gesetzes und auch die erwähnte Bestimmung über die Rückvergütung sind durch das neue Gesetz über das Branntweinmonopol (Anlage 14 des Gesetzes über Änderungen im Finanzwesen) außer Kraft getreten. Dafür ist im § 118 Nr. 3 des neuen Gesetzes zur Ermäßigung der Kosten der weingeisthaltigen Heilmittel für die Krankenkassen die Rückvergütung auf 1,50 M. für das Mitglied und Jahr erhöht worden. Die Anträge auf eine weitere Erhöhung der Rückvergütung wurden abgelehnt. Mit der Überweisung der Rückvergütung aus dem Gesetze von 1918 ist im März 1922 begonnen worden. Es sind bisher an rund 1300 Kassen Zahlungen in einem Gesamtbetrage von etwa 5 Millionen Mark erfolgt. Es ist nunmehr anzunehmen, daß die Überweisungen nach dem neuen Gesetz nicht wieder die Verzögerung wie bisher erleiden. Für die Versicherungsträger ist ferner die Bestimmung über die Verwendung mehrerer Millionen Mark aus der Monopoleinnahme zur Bekämpfung der Trunksucht, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und solcher der Volksgesundheit drohenden Schäden, die mit dem Alkoholismus zusammenhängen, von Bedeutung. Dadurch finden die Bestrebungen der Krankenkassen auf diesen Gebieten eine wirksame Unterstützung.

Zur Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung.

Ein Nachtrag von Dr. Arthur Fischer in Breslau.

In Nr. 5 der „Berufsgenossenschaft“ vom 15. 3. 1922 nimmt Dr. Ostern Stellung zu meiner Abhandlung vom 21. 2. 1922 in Heft 6 der „Arbeiter-Versorgung“, S. 81 ff.

1. Er gibt mir zu, daß die Gewährung der Zulage an Angehörige von stationär behandelten Verletzten bisher abzulehnen war. Aus der Fassung des § 1 des Gesetzes vom 28. 12. 1921, daß zulageberechtigt alle Deutschen seien, die eine Rente „auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung“ beziehen, schließt er aber, daß der Gesetzgeber durch diese neue ganz allgemeine Art der Fassung den Streit beenden und jede Rente umfaßt wissen wolle, soweit nicht, wie bei Verletztenrenten unter 50%, besondere Ausnahmen geschaffen worden seien. Man wird ihm zustimmen können und nunmehr auch solchen Angehörigen die Zulage zahlen dürfen, ebenso den in ambulanter Behandlung stehenden und die Vollrente beziehenden Verletzten.

2. Meine Zweifelsfrage, ob auch auf Unfälle, die sich erst nach dem 1. 1. 1922 ereignet haben, die Bestimmungen des Gesetzes Anwendung finden sollen, beantwortet Ostern dahin, daß gegen die entgegengesetzt geäußerten Wünsche des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften der Gesetzgeber die Einschränkung auf Unfälle vor dem 1. 1. 1922 bewußt abgelehnt habe. Nachdem inzwischen auch das Reichsversicherungsamt in einem Schreiben vom 28. 2. 1922 (I 455) an die Regierung von Niederbayern, Kammer der Forsten, meine Auffassung abgelehnt hat, wird man sich damit abfinden und auch „für später anfallende Renten, ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt des Unfalles“, die erhöhte Rente gewähren müssen. Richtiger hätte dann aber die Überschrift des neuen Gesetzes umfassender lauten müssen, denn jetzt handelt es sich eben nicht mehr allein um eine „Neuregelung der Zulage“, sondern auch schon um eine weitere „Erhöhung der Drittelungsgrenze“! Und daß wir hierbei noch mancherlei zu erwarten haben, beweist der im sozialpolitischen Ausschuß des vorläufigen Reichswirtschaftsrats angenommene Antrag der Arbeitnehmer.

3. Dr. Ostern gibt mir zu, daß die Wortfassung bezüglich der 12 000 M. im § 3 zu Zweifeln Anlaß geben kann, stellt sich aber auch auf den von mir vertretenen Standpunkt, daß die 12 000 M. voll, ohne Drittelung anzurechnen seien, indem damit „nicht wirklicher Jahresarbeitsverdienst, sondern anrechnungsfähiger“ gemeint sei.

4. Meine Ansicht, daß der Wegfall des Satzes „die Zulage wird nur für volle Monate gezahlt“ nicht bedeuten solle, daß nunmehr die Zulage auch für Monatsbruchteile zu zahlen sei, widerlegt Dr. Ostern mit dem Hinweis darauf, daß die Weglassung absichtlich und im Einverständnis mit dem Verbande der deutschen Berufsgenossenschaften erfolgt sei.

5. Auch darin stimmt mir Dr. Ostern zu, daß die Fortzahlung der alten Zulage nur den Zweck habe, wegen der Verspätung des neuen Gesetzes für die Zulageberechtigten kein Vakuum eintreten zu lassen. Um diesen Zweck zu erreichen, habe der Gesetzgeber jedoch schlechthin die Fortzahlung an alle ohne Einschränkung angeordnet, und damit sei eben noch drei Monate lang eine Zulage auch solchen Personen gerettet, die sie eigentlich hätten verlieren müssen; er sieht aber keine Möglichkeit der Entziehung. Wenn Dr. Ostern, den man wohl als Sprachrohr des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften ansehen kann, von vornherein den Kampf aufgibt, so wird es keinen Zweck haben, eine gegenteilige Meinung durchzufechten. Denn sonst hätte man sehr wohl argumentieren können, dem Gesetzgeber sei die Auswirkung dieser Bestimmung sicherlich nicht klar gewesen, er habe sie wohl auch kaum gewollt; darum brauche man sich nicht an den starren Wortlaut zu halten, zumal wir wirklich keine Veranlassung haben,

auch noch durch eigene Gesetze den Ausländern besondere Handhaben zu ungerechtfertigter Bereicherung zu bieten.

6. Mit meiner Ansicht, daß die Krankenkassen keinen Anspruch auf Nachzahlungen wegen der Erhöhung der Drittelungsgrenze haben, stehe ich nicht allein da. Die Frage wird in Kürze vom Reichsversicherungsamt grundsätzlich entschieden werden, da das Oberversicherungsamt Breslau, das sich mir angeschlossen hat, einen Streitfall an das Reichsversicherungsamt gemäß § 1693 RVO. abgegeben hat. Vorläufig bleibe ich bei meiner Auffassung; daß sie „falsch" sei, nur weil der Verband eine andere hat, vermag ich noch nicht zuzugeben!

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beendigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses durch Streik der Arbeitnehmer?

Entscheidungen a) **des Versicherungsamts Brandenburg** v. 25. Oktober 1921; b) des **Oberversicherungsamts Potsdam** vom 28. März 1922.

a)

Der Beschwerdeführer trat mit anderen Versicherten desselben Arbeitgebers am 19. April 1921 in Streik. Der Arbeitgeber ließ bei der letzten Lohnzahlung am 22. April 1921 den Streikenden die Handwerkzeuge der Firma abnehmen und auf Vollzähligkeit prüfen, ebenso die Schlüssel zu den Werkzeugbehältern. Die eigenen Werkzeuge nahmen die Versicherten mit nach Hause. Der Beauftragte des Arbeitgebers, der mit der Abnahme des Handwerkszeugs beauftragt war, sagte bei dieser Gelegenheit, als die Streikenden auch ihre eigenen Werkzeuge und die Arbeitskleidung mitnahmen, sie sollten doch nicht alles mitnehmen, da sie ja doch bald wiederkämen. Einer von den Arbeitnehmern hat dann auch sein eigenes Werkzeug und seine Arbeitsschürze auf der Arbeitsstelle belassen. Die Quittungskarten sind bei dem Arbeitgeber geblieben; sie wurden weder von den Arbeitnehmern verlangt, noch von dem Arbeitgeber ausgehändigt. Der Arbeitgeber hat den Streikenden mitteilen lassen, daß er sie von der Krankenversicherung abmelden werde und ihnen die freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft empfohlen. Die Arbeitnehmer haben von der freiwilligen Fortsetzung Gebrauch gemacht. Einigen von den Versicherten sind die Karten auf ihren Antrag ausgehändigt worden; sie haben anderweit Arbeit gesucht und teilweise auch gefunden. Der Streik ist am 19. Juli 1921 beendigt worden.

Der Beschwerdeführer beantragt, seine Pflichtmitgliedschaft während des Streiks anzuerkennen, weil die Entlassung seitens des Arbeitgebers nicht klar ausgesprochen worden sei und die geschilderten Tatumstände die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nicht erkennen lassen.

Das Versicherungsamt hat diesem Antrage entsprochen aus folgenden G r ü n d e n:

Die Versicherungspflicht beruht im wesentlichen zwar auf der tatsächlichen Beschäftigung des Arbeiters und der Verfügungsmacht des Arbeitgebers über seine Arbeitskraft einerseits und der Lohnzahlung anderseits. Unter „Beschäftigung" als Grundlage für die Versicherungspflicht ist jedoch nach Rechtslehre und Rechtsprechung das auf einem Arbeitsvertrage beruhende Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Versicherten zu verstehen. Dies Verhältnis überdauert bloße Unterbrechungen der tatsächlichen Arbeit. Solange eine Lösung des Arbeitsverhältnisses selbst durch Willensbekundung von der einen oder anderen Seite nicht stattgefunden hat, gilt der Arbeitnehmer als beschäftigt im Sinne des § 165 RVO., und er unterliegt der Versicherungspflicht, sofern auch die weitere Voraussetzung des § 165 als gegeben angesehen werden kann, daß nämlich die Beschäftigung in dem dargelegten Sinn gegen Entgelt stattgefunden haben muß. Das Reichsversicherungsamt hat in der grundsätzlichen Entsch. Nr. 1933 (Amtl. Nachr. 1914, S. 813) ausgeführt, daß auch dieses Erfordernis nicht allzustreng auszulegen sei; die Versicherungspflicht werde nicht dadurch berührt, daß für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit kein Entgelt zu zahlen sei.

Die Abmeldung seitens des Arbeitgebers von der Krankenversicherung ist keine ausreichende Willensbekundung dafür, daß das Arbeitsverhältnis beendigt und die Arbeitnehmer mit der Einstellung der Arbeit als entlassen hatten gelten sollen. Diese konnten sehr wohl aus dem Umstand, daß ihnen die Quittungskarten nicht ausgehändigt worden sind, auf die Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses schließen. Hieran ändert die Behauptung des Arbeitgebers nichs, daß er ihnen die Quittungskarten nicht vorenthalten habe. Vielmehr ist aus diesem Umstand und daraus, daß die Arbeitnehmer die Karten bei dem Arbeitgeber belassen haben, ebensowohl auf die Erwartung des Arbeitgebers zu schließen, daß die Versicherten nach der Beendigung des Streiks die Arbeit wieder aufnehmen würden, wie auch diese annehmen durften, daß sie weiter beschäftigt werden würden. Auch in der Abforderung des

Handwerkszeugs ist ein eindeutiger Wille des Arbeitgebers auf förmliche Entlassung und Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nicht zu erkennen, denn die Abnahme der Werkzeuge pflegt auch bei Arbeitsunterbrechungen aus anderen Ursachen, z. B. bei längeren Beurlaubungen zu geschehen. Eine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Nachzahlung von Lohn hat der Streik zwar nicht gezeitigt; die Versicherten haben aber im Akkordlohn gestanden. Der bis zum Beginn des Streiks verdiente Akkordlohn ist ihnen nicht ausgezahlt worden, sondern erst nach der Wiederaufnahme der Arbeit bei der Fertigstellung der Akkordarbeit. Der Arbeitgeber ist daher auch in der Lage gewesen, seiner Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge zur Krankenversicherung nachzukommen und den Anteil der Arbeitnehmer vom Akkordlohn abzuziehen. Die Versicherungspflicht war daher zu bejahen.

b)

Auf Beschwerde des Arbeitgebers hat das Oberversicherungsamt im entgegengesetzten Sinne entschieden aus folgenden Gründen:

Es kann dahingestellt bleiben, ob von den beiden gesetzlichen Voraussetzungen der Krankenversicherungspflicht (§ 165 Abs. 2 RVO.) tatsächliche Beschäftigung und Entlohnung trotz der dreimonatigen einseitigen Arbeitseinstellung ein Vorliegen der ersteren als eine Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses wegen nicht ausdrücklich ausgesprochener bzw. nachgewiesener Entlassung der Ausständigen durch den Arbeitgeber anzunehmen ist, da jedenfalls einesteils eine Entlohnung für die Streikzeit nicht stattgefunden hat, andernteils für den Arbeitgeber nicht die Möglichkeit bestand, aus rückständigen Lohnforderungen für vor dem Streike geleistete aber nicht vollendete Akkordarbeit die ihm nach § 393 des Gesetzes obliegenden Beitragseinzahlungen unter Abzug der Beitragsteile der Versicherungspflichtigen nach § 394 daselbst auszuführen. Die Streikenden, unter ihnen auch der Beschwerdeführer W. haben bei Beginn des Ausstandes für die bis dahin geleistete Akkordarbeit unbestrittenermaßen, soweit sie nicht vorher Abschlagszahlungen erhalten hatten, den nach der Arbeitsordnung zuständigen Stundenlohn ausgezahlt erhalten. Weitere rechtliche Forderungen standen ihnen für die angefangene Akkordarbeit nach der geltenden Arbeitsordnung nicht zu. Dahingehende gegenteilige Ansprüche werden auch von ihnen, insbesondere von dem Beschwerdeführer, nicht geltend gemacht, sondern es wird nur angeführt, daß ihm tatsächlich nach Vollendung der vor dem Streike begonnenen Akkordarbeit der Restbetrag ausbezahlt worden sei. Dieser im allgemeinen von der Firma als richtig bestätigten Tatsache steht gegenüber, daß ein Teil der von W. seinerzeit unfertig zurückgelassenen Arbeit, weil sie dringend benötigt wurde, durch andere Arbeiter ausgeführt worden ist, und daß W. aus diesem Vorgange keinerlei Forderungen gestellt hat. Wenn die Firma für die im übrigen nach dem Ausstande fertiggestellten Akkordarbeiten tatsächlich Restzahlungen auch für die Vorstreikzeit geleistet hat, so mag sie hierfür Gründe der Zweckmäßigkeit oder Billigkeit gehabt haben, eine rechtliche Verpflichtung hierzu und anderseits noch nicht fällig gewordene Lohnrestforderungen bestanden aber nicht, und diesem Umstande muß entscheidende Bedeutung um so mehr beigemessen werden, als es sich im vorliegenden Falle nicht um eine verhältnismäßig kurze Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses handelt. In diesem Sinne hat sich auch das Reichsversicherungsamt in einer bisher nicht abgedruckten Entscheidung vom 13. Mai 1919 in der Krankenversicherungssache des Bergmannes Max K. in Dortmund gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse in Dortmund mit folgender Begründung schlüssig gemacht: Nicht jedes Beschäftigungsverhältnis begründet schlechthin Versicherungspflicht, vielmehr ist nach § 165 RVO. grundsätzlich Voraussetzung der Versicherung die Beschäftigung gegen Entgelt. Hierbei kommt es, wie bereits unter der Herrschaft des alten Rechts das preußische Oberverwaltungsgericht in einer Entscheidung vom 4. Juli 1900 (Entsch. Bd. 37 S. 386) ausgeführt hat, nicht darauf entscheidend an, ob für die Zeit der Unterbrechung der Arbeitsleistung Lohn gezahlt wird, sondern nur darauf, ob ein Arbeitsverhältnis gegen Ablehnung vorliegt, ob also vor und nach der Unterbrechung der Arbeitsleistung eine dem Arbeiter die Erfüllung seiner Beitragspflicht ermöglichende Lohnzahlung stattfindet. Das hat das preußische Oberverwaltungsgericht in der angeführten Entscheidung in einem Fall bejaht, indem es sich um einen nur zweitägigen Urlaub des Arbeitnehmers ohne Lohnzahlung handelte. Das gleiche hat der badische Verwaltungsgerichtshof bei einer Unterbrechung der Arbeit von 8 Tagen angenommen (Reger Bd. 19 S. 330). Dagegen hat der bayerische Verwaltungsgerichtshof in einem Falle, in dem die Arbeitstätigkeit 4 Monate unterbrochen war, ein versicherungspflichtiges Lohnarbeitsverhältnis beim Mangel der Lohnzahlung verneint (Entsch. vom 21. November 1904, Reger Ergänzungsband 3 S. 270). Als entscheidend hat er hierbei angesehen, daß es sich um eine längere Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses handelte, während der eine dem Arbeitnehmer die Erfüllung seiner Beitragspflicht, auch für die Zwischenzeit ermöglichende Lohnzahlung nicht stattgefunden hat. Es gehe, so heißt es in den Entscheidungsgründen, nicht an, dem Gesetzgeber zu unterstellen, daß er in solchen Fällen eine Verpflichtung schaffen wollte, zu deren Erfüllung dem Arbeiter bestimmte Mittel (Lohnarbeit) überhaupt nicht zur Verfügung stehen; ebensowenig könne es anderseits im Sinne des Gesetzes gelegen sein, dem Arbeitgeber, der der Kasse gegenüber zur Entrichtung der Beiträge aber mit Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeiter, verpflichtet

ist, auch dann die Beitragszahlung zuzumuten, wenn die Erstattung der den Arbeiter für eine längere Zeit treffenden Beitragsteile, mangels eines in irgendeiner Form stattfindenden Lohnbezugs, von vornherein angeschlossen sei. Diese Erwägungen treffen auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung noch allenthalben zu (zu vgl. auch Hoffmann, Kommentar zur RVO., Anm. 23a zu § 165 RVO.; Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 21 zu § 165 RVO.). Danach wird die Versicherungspflicht zwar nicht dadurch berührt, daß bei Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit kein Entgelt gezahlt wird, im übrigen aber schließt die Einstellung der Lohnzahlung während der Arbeitsunterbrechung das Fortbestehen eines versicherungspflichtigen Lohnarbeitsverhältnisses regelmäßig aus.

Versetzung in eine höhere Grundlohnstufe.

Entscheidung des **Versicherungsamts des Kreises Herford** v. 13. April 1922 (Tgb. 695 V.).

Durch § 7 des Gesetzes über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. Nr. 2 für 1922) ist den Krankenkassen das Recht zugestanden, einen Weiterversicherten ohne seine Zustimmung in eine höhere Beitragsklasse zu versetzen, wenn dessen Beiträge in erheblichem Mißverhältnisse zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen stehen. Von diesem Recht hat die allgemeine Ortskrankenkasse Gebrauch gemacht und den Beschwerdeführer Fr. und seine Ehefrau der 8. bzw. 5. Beitragsstufe zugeteilt. Tr. behauptet, nur ein steuerbares Einkommen von 11 800 M. jährlich zu haben, seine Frau soll dagegen nichts verdienen.

Bei der Einstufung der bei der Kasse weiterversicherten Unternehmer ist der Vorstand davon ausgegangen, daß dieselben mindestens den Vollarbeitern ihrer Berufsgruppe gleichzustellen sind. Wenn der Beschwerdeführer, der im vergangenen Jahre sich ein Haus gebaut hat, nur ein Einkommen von weniger als 18 000 M. jährlich haben will, dann würde sich derselbe wirtschaftlich weit besser stehen, wenn er seinem früheren Berufe als Werkmeister wieder nachgehen würde. Den Einkommensteuerveranlagungen kann eine ausschlaggebende Bedeutung nicht beigelegt werden, da dieselben bei den freien Gewerbetreibenden auf Grund der eigenen Angaben oder nach Schätzungen erfolgen. Die Ehefrau Tr. wird durch ihre Beschäftigung als Zigarrenarbeiterin für das eigene Geschäft mehr als monatlich 100 M. Barverdienst erzielen.

Das Versicherungsamt ist allen diesen Gründen beigetreten. Die erhöhten Beiträge von monatlich 45,— und 90,— M. gegenüber den bisherigen niedrigen Sätzen entsprechen durchaus der Geldentwertung und sind bei den gewaltig gestiegenen Kosten der Krankenpflege (ärztliche Behandlungen, Zahnbehandlung, Arzneien, Heilmittel) und der besonderen Fürsorge (Wöchnerinnen- und Familienhilfe) durchaus berechtigt. Die Beschwerde mußte deshalb als unbegründet zurückgewiesen werden.

Kosten der Rückbeförderung aus dem Krankenhause.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 25. Januar 1922 (IIa K. 135/21).

Das angefochtene Urteil des Oberversicherungsamts läßt einen Rechtsirrtum nicht erkennen. Allerdings handelt es sich bei der Gewährung von Krankenhauspflege um eine freiwillige Leistung der Kasse in dem Sinne, daß die Kasse nicht verpflichtet, sondern nur berechtigt ist, diese Art der Krankenhilfe an die Stelle der zunächst geschuldeten Leistungen, Krankenpflege und Krankengeld, treten zu lassen. Wenn aber die Kasse von diesem Wahlrechte Gebrauch macht, so hat sie die Krankenhauspflege in vollem Umfange zu gewähren und ist nicht in der Lage, diese Leistung willkürlich einzuschränken, da diese andernfalls nicht geeignet wäre, die nach § 182 der RVO. zunächst geschuldete Krankenhilfe zu ersetzen. Indessen handelt es sich im vorliegenden Falle bei der Rückbeförderung aus dem Krankenhause gar nicht um Kosten der Krankenpflege, sondern der sich an sie anschließenden weiteren Krankenpflege nach § 182 Nr. 1 RVO., also einer Pflichtleistung der Kasse. Denn die hier erfolgte Beförderung war erforderlich, um die Heilung nicht zu gefährden, um also die sachgemäße weitere Krankenpflege zu ermöglichen. Die zu diesem Zwecke erforderlichen Maßnahmen fallen nach der Rechtssprechung des Reichsversicherungsamtes der Krankenkasse zur Last. Da die Beklagte den Abbruch der Krankenhauspflege seitens der Klägerin nicht beanstandet hat und daher gegen ihre Verpflichtung zur Gewährung der Krankenhilfe nach § 182 RVO. keine Bedenken bestehen, so ist sie von den Vorinstanzen mit Recht für verpflichtet erklärt worden, die in Rede stehenden Kosten zu tragen. Die Revision war daher zurückzuweisen.

Zahl der für Gewährung des Krankengeldes maßgebenden Arbeitstage.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 25. Oktober 1921 (2684 Amtl. Nachr. 1922 S. 181).

Krankengeld ist nach § 182 RVO. bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten für jeden Arbeitstag zu gewähren. Der Kläger hat unmittelbar vor seiner Erkrankung regelmäßig wöchentlich an sechs Tagen gearbeitet. Diese Tage gelten also für ihn als Arbeitstage. Die Beklagte bestreitet dies an und für sich nicht und hat demgemäß dem Kläger Kranken-

geld für wöchentlich sechs Tage wenigstens so lange gezahlt, als in dem Betriebe seines Arbeitgebers an sechs Tagen gearbeitet worden ist. Sie nimmt aber an, daß die ab 14. Februar 1921 nach der Erkrankung des Klägers eingeführte Betriebseinschränkung ohne weiteres eine entsprechende Verminderung der für die Zahlung des Krankengeldes maßgebenden Arbeitstage auch bei dem Kläger zur Folge gehabt habe. Diese Ansicht ist rechtsirrtümlich. Es kann dahingestellt bleiben, ob mit der vorübergehenden Veränderung der Betriebsverhältnisse nach den in dieser Hinsicht maßgebenden Grundsätzen eine Beschränkung der Zahl der Arbeitstage im Sinne des § 182 RVO. für die in dieser Zeit beschäftigten Arbeiter überhaupt verbunden gewesen ist (zu vgl. insbesondere Revisionsentsch. 2282, Amtl. Nachr. 1916 S. 791). Auch wenn man dies annimmt, so folgt daraus noch nicht, daß dem Kläger für diese Zeit Krankengeld für weniger als sechs Tage zu zahlen ist. Denn er hat in der Zeit der Betriebseinschränkung nicht mehr gearbeitet, sondern war damals bereits krank. Für die Beurteilung solcher schwebenden Unterstützungsansprüche bleiben, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der vorerwähnten Revisionsentscheidung 2342 näher ausgeführt hat, die Verhältnisse zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls maßgebend, auch soweit die einzelnen Leistungen erst später fällig werden. Der Grundsatz der Unabänderlichkeit wohl erworbener Versicherungsansprüche gilt nicht bloß hinsichtlich der Höhe des Krankengeldes (zu vgl. § 211 Satz 2 RVO.): er ist vielmehr auch in den übrigen Beziehungen für die Beurteilung der Ansprüche aus einem Unterstützungsfalle maßgebend. Es ist deshalb für die Zahlung des Krankengeldes grundsätzlich belanglos, wie sich nach Eintritt des Versicherungsfalls die Arbeitsverhältnisse in dem Betriebe des Versicherten gestaltet haben und ob in diesem danach an weniger Tagen als vorher, oder überhaupt nicht gearbeitet wird. Auch der Nachweis, daß der arbeitsunfähig Erkrankte, wenn er arbeitsfähig geblieben wäre, wegen mangelnder Arbeitsgelegenheit keinen oder geringeren Verdienst erzielt haben würde, führt nicht zu einer Minderung seines Anspruchs auf Krankengeld (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 6c zu § 182 RVO.). Nach alledem ist dem Kläger, wie vom Versicherungsamte zutreffend ausgeführt wird, das Krankengeld für sechs Tage auch für die Zeit der Betriebseinschränkung nach Eintritt des Versicherungsfalls weiterzuzahlen. Das entspricht der Billigkeit. Andernfalls würde der Kläger die den Beitragszahlungen entsprechenden Gegenleistungen nicht erhalten. Die nicht abzulehnende Folge dieses Standpunktes ist allerdings, worauf die Beklagte zutreffend hingewiesen hat, daß Versicherte, die in Zeiten einer dauernden Betriebseinschränkung erkranken, Krankengeld gegebenenfalls nur in einem der Zahl der verringerten Arbeitstage entsprechenden Umfang erhalten können, auch wenn die Betriebseinschränkungen nach Eintritt des Versicherungsfalls wieder aufgehoben worden sind. Eine Unbilligkeit kann hierin nicht erblickt werden.

B. Zur Unfallversicherung.

Rentenzulage auch für Angehörige der im Krankenhause untergebrachten Verletzten.

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Februar 1922 (Ia 654/21).

Die Verordnung vom 5. Mai 1920 billigt in ihrem § 5 den Witwen, Witwern, Kindern, Verwandten der aufsteigenden Linie und elternlosen Enkeln, die als solche auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente aus Anlaß von Unfällen beziehen, die sich vor dem 1. Januar 1920 ereignet haben, eine Zulage zu ihrer Rente zu. Damit ging diese Verordnung erheblich über die frühere Verordnung vom 27. November 1919 (RGBl. S. 1921) hinaus, welche die Empfänger von Hinterbliebenenrenten nicht berücksichtigte. Es war offenbar die Absicht der neuen Verordnung, die Zulagen zu allen Arten von Renten aus der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren. Hierfür spricht auch der Wortlaut der Überschrift „Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung", während die Verordnung vom 27. November 1919 überschrieben war: „Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung". Demgegenüber fällt der Umstand, daß in § 5 der Verordnung vom 5. Mai 1920 die Angehörigen des Verletzten, denen nach § 598 RVO. eine Angehörigenrente zusteht, nicht ausdrücklich genannt sind, nicht entscheidend ins Gewicht. Denn da sich das Maß der den Angehörigen nach § 598 RVO. zustehenden Ansprüche nach dem Umfang der Ansprüche bemißt, die den Angehörigen beim Tode des Verletzten zustehen würden, und da in der Gesetzgebung und ihr folgend auch in der Rechtsprechung stets das Bestreben bestanden hat, die Bezüge der Angehörigen der Höhe nach den Bezügen der Hinterbliebenen gleichzustellen (Handb. der Unfallvers. Bd. 1 S. 309 Anm. 7a zu § 22 und S. 540 Anm. 7 zu § 93 Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges.), kann es zweifelhaft sein, ob es überhaupt der ausdrücklichen Erwähnung der Angehörigen im § 5 der Verordnung vom 5. Mai 1920 bedurfte, um auch ihnen die gleichen Zulagen zukommen zu lassen, wie sie für die Hinterbliebenen vorgesehen sind (zu vgl. auch Monatsschr. für Arb.- und AngestVers. 1920 S. 313). Sollte aber hier

eine Lücke in der Gesetzgebung vorliegen, so wäre die Rechtsprechung des RVA. berufen, sie auszufüllen.

Vom wirtschaftlichen Standpunkte würde es völlig unverständlich sein, wenn die Verordnung vom 5. Mai 1920 die Angehörigen von der Wohltat der Zulagen hätte ausschließen wollen. Da während der Dauer der Heilanstaltspflege eine Rente an den Verletzten nicht gezahlt wird (§ 597 RVO.), befinden sich seine Angehörigen während dieses Zeitraums regelmäßig in der gleichen wirtschaftlichen Lage, in die sie der Tod des Verletzten dauernd versetzen würde. Daher billigt der § 598 RVO. den Angehörigen für einen begrenzten Zeitraum die gleichen Rechte zu, die ihnen im Falle des Todes des Verletzten dauernd zustehen würden. Hat der Gesetzgeber aber anerkannt, daß die den Hinterbliebenen auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zustehenden Renten einer Aufbesserung bedürfen, so muß die gleiche Erwägung auch für die Angehörigenrenten gelten.

Daß der Gesetzgeber selbst die Rechtslage den vorstehenden Ausführungen entsprechend auffaßt, ergibt sich aus den Materialien zum Gesetz über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 7). Durch die Fassung des § 2 dieses Gesetzes sollte jeder nach der Verordnung vom 5. Mai 1920 noch mögliche Zweifel beseitigt werden, da danach „nicht nur die Bezieher einer Hinterbliebenenrente, sondern auch die Bezieher einer Angehörigenrente Anspruch auf Zulagen haben sollen" (zu vgl. Reichstagsdrucksachen Nr. 3149 S. 10).

Nach alledem ist der Anspruch der Kläger auf die Zulage nach der Verordnung vom 5. Mai 1920, die übrigens gemäß Artikel XIII des Gesetzes betreffend Änderungen in der Unfallversicherung vom 11. April 1921 (RGBl. S. 467) für die Zeit vom 1. bis zum 31. Januar 1921 zu verdoppeln ist, begründet. („Kompaß".)

Zum Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft (§ 1501 RVO.).

Urteil des **Versicherungsamts Frankfurt a. M.** vom 3. Februar 1922.

Fest steht im vorliegenden Fall, daß der Waldarbeiter C., der sich am 1. Dezember 1919 im hiesigen Stadtwald einen Betriebsunfall zugezogen hat, vom 10. September 1921 bis 22. November 1921 arbeitsunfähig gewesen ist und daß die letztere Arbeitsunfähigkeit auf den Betriebsunfall am 1. Dezember 1919 zurückzuführen ist.

Bezüglich dieses letzteren Punktes sind sich der Gutachter der klagenden Kasse und der Gutachter der beklagten Berufsgenossenschaft einig. Bestritten ist nur, ob die Berufsgenossenschaft für die Aufwendungen, die die klagende Kasse für C. vom 10. September 1921 bis 22. November 1921 machen mußte, Ersatzansprüche gegenüber der beklagten Berufsgenossenschaft hatte. Die beklagte Berufsgenossenschaft verneint diese Berechtigung mit der Begründung, das Heilverfahren für C. sei im März 1920 abgeschlossen gewesen, C. habe sich eigenmächtig in die Behandlung des Dr. M. in Neu-Isenburg begeben, die klagende Kasse habe ihr, obwohl sie gewußt habe, daß es sich um Verschlimmerung der Unfallfolgen gehandelt habe, erst am 15. November 1921 von dem eingeleiteten Heilverfahren Mitteilung gemacht, für Eröffnung eines Heilverfahrens, für dessen Kosten die Berufsgenossenschaft aufzukommen habe, sei auch nur sie zuständig.

Der Standpunkt der beklagten Berufsgenossenschaft ist unhaltbar. Nach § 1501 Abs. 1 RVO. wird die Leistungspflicht der Krankenkassen dadurch nicht berührt, daß ein Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zum Schadenersatz verpflichtet ist. Nach § 1501 Abs. 2 RVO. kann aber eine Krankenkasse, die pflichtgemäß nach dem Gesetz oder Satzung infolge eines Unfalls für eine Zeit leistet, für die der Berechtigte auch einen Anspruch auf Unfallentschädigung hatte, oder noch hat, als Ersatz die Unfallentschädigung beanspruchen. Nun mußte im vorliegenden Fall die klagende Kasse, da C. bis zu seiner Neuerkrankung am 10. September 1921 ihr Mitglied war, auch für diesen mit Leistungen (Krankenpflege, Krankengeld) eintreten; außerdem hatte aber C. für die Zeit vom 10. September 1921 bis 22. November 1921 Ansprüche einmal auf Unfallrente und dann wäre ihm für diese Zeit, da es sich um Unfallfolgen handelte, auch ärztliche Behandlung von der beklagten Berufsgenossenschaft zu gewähren gewesen. Der Ersatzanspruch der beklagten Berufsgenossenschaft ist sonach dem Grunde nach berechtigt. Davon, daß er von einer Zustimmung der Berufsgenossenschaft zur eingeleiteten Heilbehandlung abhängig wäre, sagt das Gesetz nichts. Übrigens ist auch in einer Entsch. des Bayr. Landesversicherungsamtes vom 25. Oktober 1915, abgedruckt im Archiv für Reichsversicherung 1916 S. 58, Ziff. 2026 die Ansicht, als sei der Ersatzanspruch im Falle des § 1501 RVO. von der Genehmigung der Berufsgenossenschaft zur Heilbehandlung abhängig, in überzeugender Weise widerlegt.

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Betriebsunfall und ursächlicher Zusammenhang mit Dienstunfähigkeit (im Sinne des Beamtenunfallfürsorgegesetzes)

Urteil des **Reichsgerichts** (3. Zivils.) v. 7. Juni 1921 (Entsch. Bd. 102 S. 241).

Der Kläger (ein Lokomotivführer im preuß. Staatsdienst) schildert seinen Unfall folgendermaßen: Er sei, im Begriffe, Sand in den Sandbehälter der Lokomotive zu schütten, von der Leiter, mit der er auf diese gestiegen sei, gestürzt und heftig auf den Boden aufgeschlagen; der Sturz sei dadurch herbeigeführt worden, daß die Leiter, die windschief gewesen sei und am Ende keine Haken gehabt habe, ins Schwanken geraten sei. Der Beklagte hat dagegen behauptet, der Kläger habe schon damals an Tabes und Paralyse gelitten und sei infolge eines durch diese Krankheit verursachten Schwindelanfalles abgestürzt. Das Berufungsgericht ist zu der Überzeugung gelangt, daß diese Behauptung des Beklagten zutreffe, und hat daraufhin sowohl das Vorliegen eines Betriebsunfalls als auch den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Schadhaftigkeit der Leiter und dem Unfall und die Ursächlichkeit des Unfalls für die Dienstunfähigkeit verneint. Seine Ausführungen, mit denen es diese Entscheidung begründet, sind aber rechtlich nicht einwandfrei.

Der Angriff der Revision gegen die Feststellung, daß die Taboparalyse, an der der Kläger jetzt leidet, nicht etwa erst infolge des Unfalls entstanden ist, sondern schon vor diesem vorhanden war, ist allerdings nicht begründet. Die Feststellung liegt völlig auf dem Gebiete der freien Beweiswürdigung und findet insbesondere auch in dem Gutachten K. eine ausreichende Grundlage. Sie schließt aber das Vorliegen eines Betriebsunfalls und eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfall und der Dienstunfähigkeit des Klägers nicht aus.

Bei seiner gegenteiligen Annahme geht der Berufungsrichter von der Ansicht aus, ein Betriebsunfall liege nur dann vor, wenn der Sturz ohne einen paralytischen Schwindelanfall nur durch die schlechte Beschaffenheit der Leiter verursacht sei. Der Begriff eines im Dienste erlittenen Betriebsunfalls im Sinne des Beamtenunfallfürsorgegesetzes erfordert aber nur einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Betrieb und dem Unfall, und ein solcher ist auch dann gegeben, wenn der Betrieb nicht die alleinige, sondern nur eine mitwirkende Ursache des Unfalls gewesen ist (vgl. z. B. RGZ. Bd. 66 S. 109, Bd. 69 S. 58, Bd. 73 S. 289; JW. 1910 S. 650). Ist also in dem vorliegenden Falle der Unfall eine Folge der Tätigkeit des Klägers in dem technischen Betriebe der Eisenbahn gewesen, wäre er ohne diese nicht oder nicht mit so nachteiligen Folgen eingetreten, so liegt der erforderliche ursächliche Zusammenhang und damit ein Betriebsunfall vor. Diese Voraussetzung ist aber schon jetzt zu bejahen, obwohl nach der Feststellung des Vorderrichters der Sturz des Klägers auf einen paralytischen Schwindelanfall zurückzuführen ist, und auch wenn die Leiter nicht die von dem Kläger behaupteten Mängel gehabt haben sollte. Denn wenn der Kläger nicht in Ausübung seines Dienstes im Eisenbahnbetriebe die Leiter bestiegen hätte, hätte er nicht von ihr herabstürzen und eine so schwere Gesundheitsschädigung erleiden können.

Ebenso bedenklich ist die Verneinung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfall und der Dienstunfähigkeit. Auch sie beruht auf der irrigen Annahme, daß der Unfall die alleinige Ursache der letzteren gewesen sein müsse. Das Landgericht, dessen Ausführungen von dem Berufungsgericht gebilligt werden, erwähnt ausdrücklich, daß nach dem Gutachten K., das beide Vorderrichter ihrer Entscheidung zugrunde legen, die Verletzung, die der Kläger sich bei dem Sturze zugezogen hat, „mitgewirkt" habe, sie habe das Leiden wesentlich verschlimmert und in seinem Entwickelungsgange beschleunigt. Diese Mitwirkung wird von dem Berufungsrichter also nicht für bedeutsam erachtet. Aber auch der weitere Satz des angefochtenen Urteils ist zu beanstanden, es bestehe eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, daß sich die Dienstunfähigkeit auch ohne den Zufall herausgestellt hätte. Mit dieser Begründung kann der ursächliche Zusammenhang nicht verneint werden. Hierzu hätte es vielmehr einer positiven Feststellung der von dem Beklagten zu beweisenden Tatsache bedurft, daß die Dienstunfähigkeit auch ohne den Unfall eingetreten wäre. Der Kläger genügt seiner Beweislast durch den Nachweis, daß der Unfall nach dem natürlichen Verlaufe der Dinge geeignet war, die Dienstunfähigkeit herbeizuführen (vgl. z. B. RGZ. Bd. 95 S. 104, 249).

Sprechsaal.

Bemessung des Krankengeldes nach dem Grundlohne zur Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder Erkrankung?

Unter dieser Überschrift ist in Nr. 12 der Arb.-Vers. 1922 S. 184 eine Entscheidung des Versicherungsamtes Döbeln veröffentlicht, die der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes Nr. 2342 vom 27. 3. 1917 entgegensteht. Es ist zu begrüßen, daß sich endlich einmal ein Versicherungsamt dazu aufgerafft hat, die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes unbeachtet zu lassen und sie damit zu bekämpfen. Die Begründung des Versicherungsamtes ist äußerst bemerkenswert und in allen Teilen richtig; es bedarf ihrer aber nicht einmal, um darzutun, daß die Stellungnahme des Reichsversicherungsamtes schon damals als verfehlt und in der Praxis als unlogisch bezeichnet werden mußte, wenn sie genau beachtet werden sollte. Es haben sich seitdem auch in der Tat bei Durchführung so liegender Versicherungsfälle die bedenklichsten Entscheidungen in der Beurteilung von Unterstützungsansprüchen herausgebildet und den Versicherten meist großen Schaden zugefügt.

Bei Beachtung des Grundsatzes des Reichsversicherungsamtes würde z. B. ein Versicherter, der als Lehrling bei einem Lohne von 10 M. täglich erkrankt, vielleicht auch eine Zeitlang arbeitsunfähig bleibt, dann kurze Zeit aber nur Krankenpflege bezieht, inzwischen Geselle und dann als solcher wieder arbeitsunfähig wird, das Krankengeld nicht nach seinem Gesellenlohne, sondern nach seinem Lehrlingslohne erhalten, obschon er mehrere Wochen einen weit höheren Verdienst gehabt hat; es würde ferner ein freiwillig, nach einer niederen Lohnklasse versicherter Erkrankter später, nachdem er wochenlang während der Krankenpflege versicherungspflichtig tätig gewesen ist, bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld erhalten, das seinem Lohne überhaupt nicht entspricht. Die wirtschaftlichen Nachteile für alle solche Personen lassen sich gar nicht absehen. Eine solche Praxis läßt sich schon deshalb mit dem Willen und Zwecken des Gesetzes überhaupt nicht vereinbaren; auch in der Praxis haben die Kassen in solchen Fällen stets vergeblich die Betroffenen von der Richtigkeit der diesbezüglichen Entscheidung zu überzeugen versucht.

Wenn auch im Falle der grundsätzlichen Entscheidung der Grundlohn zur Zeit der zur Beurteilung stehenden Arbeitsunfähigkeit niedriger war und das Urteil zum Vorteil des Versicherten gefällt worden ist, so vermag das an dem Grundsatze selbst nichts zu ändern, der leider in der Folgezeit stets Fällen obengenannter Art begegnete.

Erfreulicherweise gibt es noch Kassen, die sich nach dem Grundsatze der reichsversicherungsamtlichen Entscheidung nicht richten und das Krankengeld nach dem Grundlohne zahlen, der bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgebend ist und die den Erkrankten den vom Gesetzgeber beabsichtigten Ersatz des entgehenden Lohnes gewähren. Hoffentlich führt die Entscheidung des Versicherungsamtes Döbeln zur Aufhebung des reichsversicherungsamtlichen Grundsatzes oder wenigstens dazu, daß auch andere Kassen im Sinne jenes Versicherungsamtes verfahren und andere Spruchbehörden von diesem sozialen Geiste erfüllt werden. N. N.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Neue Tarifsätze zwischen Krankenkassen und Dentisten sind vereinbart für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 1922 (zu vgl. sechstes Heft S. 94) wie folgt:

		M.	M.
1.	Beratung eines Kranken einschl. Untersuchung und etwaiger schriftlicher Verordnung		
	a) in der Wohnung des Dentisten während der Sprechstunde	6	5
	(Die Berechnung für eine Beratung ist unzulässig, wenn eine Verrichtung berechnet wird.)		
	b) in der Wohnung des Kranken (Besuchsgebühr)	12	10
2.	Ausziehen eines Zahnes oder dessen Wurzeln	7	6
3.	Örtliche Betäubung		
	a) durch Vereisung	6	5
	b) durch Injektion bis zu zwei nebeneinanderstehenden Zähnen	9	9
	c) Betäubung einer Kieferhälfte durch Injektion höchstens	15	15
4.	Für die Narkose ohne ärztliche Assistenz und Medikamente	27	24
5.	Öffnen eines Abzesses oder ähnliche kleinere Verrichtungen	9	8
6.	Für die Stillung einer erheblichen Nachblutung für jede Sitzung	7	6
7.	Abätzung einer Zahnpulpa (Darf nur berechnet werden, wenn Patient die weitere Behandlung unmöglich macht.)	7	6
8.	Abätzung einer Zahnpulpa einschl. Amputation, Extraktion, Überkappung und gesamter Wurzelfüllung	18	18
9.	Vorbehandlung eines wurzelkranken Zahnes einschl. gesamter Wurzelfüllung	20	20
10.	a) Füllung aus plastischem Material	15	15
	b) Silikatfüllung für die sechs oberen und unteren Frontzähne	25	25
11.	Zahnsteinentfernung bei Erkrankung eines Kiefers	7	6
	beider Kiefer	12	9
12.	Abschleifen scharfer Ränder, je Zahn	5	4
13.	Trennung engstehender Zähne für je zwei benachbarte Zahnflächen, je	5	4

Zur Gruppe I gehören die Orte der Ortsklassen A und B der Reichsbesoldungsordnung, zur Gruppe II die Orte der Ortsklassen C, D und E. In den Orten der Ortsklassen D und E wird ein Abschlag auf vorstehende Sätze der Gruppe II von 10 v. H. gewährt, jedoch mit Ausnahme der Orte, die im besetzten Gebiete liegen.

Für Auskünfte, Feststellungen und alle schriftlichen Äußerungen, die für die Kasse notwendig werden, wird keine besondere Vergütung gezahlt.

Zur Ermittlungspflicht der Ärzte als Zeugen.

In einer ärztlichen Zeitschrift empfahl neulich ein Arzt seinen Kollegen, in Fällen, in denen sich Berufsgenossenschaften gezwungen sehen, die Vernehmung des Arztes durch das Versicherungsamt herbeizuführen, vor der Vernehmung absichtlich nicht ihr Gedächtnis durch Einsichtnahme in die früheren Aufzeichnungen zu stärken. Sie könnten sich dann vor dem Versicherungsamt darauf berufen, daß sie aus eigener Wissenschaft nichts mehr wüßten, sie seien aber als Zeugen nur verpflichtet, das zu sagen, was sie über die Sache wüßten, nicht aber, was sie durch Nachsuchen erfahren konnten. In einem von ihm berichteten Falle scheint der Arzt mit diesen Rechtsausführungen vor dem Versicherungsamt Erfolg gehabt zu haben. Es scheint deshalb zweckmäßig, darauf hinzuweisen, daß die Ansicht nach der grundlegenden Entscheidung des Reichsgerichts (Zivilſ. Bd. 48 S. 392) nicht zutreffend ist. Das Reichsgericht stellt dort vielmehr fest, daß die Zeugen eine sogenannte Informationspflicht haben, d. h. die Pflicht, vor ihrer Vernehmung von den ihnen zu Gebote stehenden Mitteln zur Schärfung und Auffrischung ihres Gedächtnisses insbesondere durch Einsicht in die vorhandenen schriftlichen Aufzeichnungen Gebrauch zu machen, soweit sie dadurch nicht zu schwierigen, einen außerordentlichen Zeitaufwand in Anspruch nehmenden Nachforschungen genötigt werden. Gemäß §§ 1574, 1575 RVO. finden bekanntlich die Vorschriften der Zivilprozeßordnung über die Pflicht, als Zeuge oder Sachverständiger zu erscheinen und sich vernehmen und vereidigen zu lassen für das Verfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend Anwendung. Die Entscheidung des Reichsgerichts führt an der hier in Betracht kommenden Stelle folgendes aus: Es entsteht die Frage, ob der Zeuge, wenn diese Kenntnis inzwischen seinem Gedächtnis entschwunden ist, verpflichtet war, zur Stärkung und Unterstützung seines Gedächtnisses von den zu seiner Verfügung stehenden schriftlichen Aufzeichnungen über jene Transporte in der Weise Gebrauch zu machen, daß er vor seiner Vernehmung von denselben Einsicht nahm.

Eine diese Verpflichtung verneinende ausdrückliche Vorschrift ist in der Zivilprozeßordnung nicht enthalten. Es ist jedoch, wie die Motive zur Zivilprozeßordnung ergeben, die in § 342 (alter Fassung) enthaltene Vorschrift, daß die Zeugenladung die Tatsachen angeben müsse, über welche die Vernehmung erfolgen solle, zu dem Zwecke gegeben, „um dem Zeugen die Mittel zur Vorbereitung für das abzulegende Zeugnis durch Schärfung seiner Erinnerung und Einsicht zu gewähren und der sonst unvermeidlichen Vereitelung der Beweistermine vorzubeugen" (Motive S. 249). Dieser Zweck ist auch bei den Verhandlungen der Reichstagskommission über den Entwurf der Novelle zur Zivilprozeßordnung, welche zu der modifizierten Fassung des jetzigen § 377 geführt haben, wiederum betont worden (Kommissionsbericht S. 105). Die Vorschrift der Zivilprozeßordnung lehnt sich an entsprechende Vorschriften älterer Prozeßgesetze und Entwürfe zu solchen an, so z. B. an § 171 preuß. AGO. I. 10; Art. 260 Code de procédure civile; Art. 409 der bayerischen Prozeßordnung; § 469 des preußischen Entwurfs einer Zivilprozeßordnung u. a. m. Der § 171 AGO. I. 10 verordnete, daß dem Zeugen die Tatsache, worüber er vernommen werden solle, im allgemeinen bekanntzumachen und ihm aufzugeben sei, alle seine etwaigen schriftlichen Nachrichten und Anzeigen, welche auf das Geschäft Beziehung hätten, mit zur Stelle zu bringen. In den Motiven des preußischen Entwurfs (S. 102) wird die Anordnung, daß dem Zeugen der Gegenstand seiner Vernehmung in der Ladung bekanntzumachen sei, damit begründet, daß der Zeuge dadurch Gelegenheit erhalte, vorher genau zu überlegen, was er von der Sache wisse, und von etwaigen Notizen, welche seinem Gedächtnisse zum Anhalte dienen können, Gebrauch zu machen, damit der Notwendigkeit der Vertagung der Verhörtermine vorgebeugt werde. Zu der analogen Vorschrift in Art. 409 der bayerischen Zivilprozeßordnung bemerkt Wernz in seinem Kommentar (S. 407), sie sei von Wichtigkeit, damit der Zeuge vorher darüber nachdenke, sein Gedächtnis auffrische und sich völlig darüber klar werde, was er mit gutem Gewissen behaupten könne, und was nicht. Alle diese Prozeßgesetze und Entwürfe gehen also von der Verpflichtung des Zeugen aus, vor seiner Vernehmung von den ihm zu Gebote stehenden Mitteln zur Schärfung und Auffrischung seines Gedächtnisses, insbesondere durch Einsicht in vorhandene schriftliche Aufzeichnungen, Gebrauch zu machen. Indem die Zivilprozeßordnung diesen älteren Bildern folgt (Motive S. 249), setzt sie auch die eben erwähnte Verpflichtung des Zeugen voraus. Das geht deutlich aus der Bemerkung der Motive hervor, die Mitteilung der zu beweisenden Tatsachen an den Zeugen sei notwendig, um der sonst unvermeidlichen Vereitelung der Beweistermine vorzubeugen. Wäre die Verpflichtung des Zeugen auf die wahrheitsgemäße Angabe dessen beschränkt, was er ohne jede Vorbereitung aus seinem Gedächtnisse zu sagen vermag, so könnte von einer Vereitelung des Beweistermins durch eine solche Aussage keine Rede sein. Der Beweistermin wird durch eine solche Zeugenaussage vereitelt, weil dieselbe „das beste Wissen" des Zeugen, das derselbe unter seinem Eide angeben soll, nicht erschöpft, und infolgedessen ein neuer Beweistermin nach pflichtgemäßer Vorbereitung des Zeugen notwendig wird.

Dieser Auffassung des Gesetzes steht die von dem Oberlandesgerichte in Bezug genommene Bemerkung in einem Urteile des III. Strafsenats des Reichsgerichts (Entsch. des R. G.'s in Strafſ. Bd. 8 S. 110), daß eine besondere Pflicht der tätigen Vorbereitung auf das abzugebende Zeugnis für den Zeugen nicht bestehe, nicht entgegen. Jenes Urteil beschäftigt sich mit einer im Strafverfahren abgegebenen Zeugenaussage; im Strafverfahren ist aber die Mitteilung des Gegenstandes der Vernehmung in der Zeugenladung nicht vorgeschrieben. Damit entfällt für das Strafverfahren die Grundlage für die Informationspflicht des Zeugen.

Nun ist freilich zuzugeben, daß die dem Zeugen obliegende Informationspflicht keine unbegrenzte ist.

Sie erstreckt sich nur auf solche Ermittlungen, welche dem Streben nach gewissenhafter Erfüllung der Zeugenschafts-Verpflichtung Genüge tun, nötigt aber nicht zu schwierigen, einen außergewöhnlichen Zeitaufwand in Anspruch nehmenden Nachforschungen, welche eine über die Zeugenschaft hinausgehende Leistung darstellen würden. Hier die Grenze zu ziehen, ist Sache der Beurteilung des Einzelfalles, für welche sich allgemeine Regeln nicht aufstellen lassen."

Die Sozialversicherung im Saargebiet.

Durch ein besonderes Gesetz v. 19. 4. 22 (RGBl. S. 462) ist die Reichsregierung ermächtigt worden, die Sozialversicherung „in Ansehung des Saargebiets" im Wege der Verordnung abweichend von den gesetzlichen Vorschriften zu regeln. Die Verordnungen bedürfen jedoch der Zustimmung des Reichsrats und sind im Reichsgesetzblatt zu veröffentlichen.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Ein seltener Fall von Rechtsunkenntnis eines Kassenbeamten.

1. **Nach W. bei Sch.** Antwort: Die Frage, wer die Schuld daran trägt, daß die Betriebskrankenkasse zu Unrecht höhere Wochengeldbeträge gezahlt hat, deren Rückerstattung durch die Empfänger ausgeschlossen erscheint, ist leicht zu beantworten. Schuld ist lediglich der anfragende Kassenbeamte selbst, der die Gesetze nicht zu lesen versteht und nicht erkannt hat, daß es sich in dem einen Falle um das Wochengeld für Versicherte (§ 195a RVO.), im andern Falle um das Wochengeld für Familienangehörige (§ 205a RVO.) handelt, obwohl dies aus den von uns wörtlich abgedruckten Gesetzen klar ersichtlich ist. Wir haben uns also durchaus als „zuverlässiger Ratgeber" bewährt — der freilich auch mit zuverlässigen Lesern rechnet.

a) **Unfallversicherung eines Hotelhausdieners. — Krankenversicherungspflicht** b) **eines Aktuaranwärters,** c) **eines Stadtrats,** d) **einer Schwägerin im Haushalt des Schwagers,** e) **einer „Stütze".**

2. **Nach Fürstenberg i. M.** Antwort: a) Ein Hotelhausdiener, der bei der Gartenarbeit verunglückt ist, hat keinen Anspruch auf Unfallentschädigung. Allein in Frage kommen könnte die Anwendbarkeit des § 537 Abs. 1 Ziff. 11 RVO.; aber mit dem dort vorausgesetzten „Betriebe zur Behandlung und Handhabung der Ware" hat die Arbeit im Hotelgarten nichts zu tun.

b) Wenn der bei dem Amtsgericht beschäftigte Anwärter „lediglich" zum Zwecke der Vorbereitung auf seine Aktuarprüfung beschäftigt wird, so ist er nach § 172 Ziff. 1 RVO. versicherungsfrei. Für den Fall, daß diese Voraussetzung nicht gegeben sein sollte, verweisen wir auf ArbVers. 1921 S. 276, 277 Ziff. 2.

c) Wenn der Stadtrat nach Ihrer Angabe seinen Posten „ehrenamtlich versieht", aber „Aufwandsgelder bis zur Höhe von 8000—10 000 M." erhält, so ist es wahrscheinlich, daß dies in Wahrheit mehr als bloßer Ersatz für Dienstaufwand, also mindestens zum Teil eine Vergütung seiner Dienste ist. Aber auch wenn hiernach eine Beschäftigung gegen Entgelt anzunehmen wäre, würden wir die Krankenversicherungspflicht verneinen, weil es sich nicht um einen Angestellten in gehobener Stellung (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.), sondern um eine leitende Persönlichkeit mit selbständiger Verantwortlichkeit handelt. Zu vgl. hinsichtlich eines Bürgermeisterstellvertreters: ArbVers. 1921 S. 380 Ziff. 7.

d) Die Schwägerin, die nach dem Tode ihrer Schwester dem Witwer den Haushalt führt, bei ihm wohnt und freie Kost empfängt, wird als versicherungspflichtig anzusehen sein, wenn nicht besondere Umstände dafür sprechen, daß sie lediglich im Hinblick auf das Familienverhältnis Aushilfe leistet und naturgemäß auch Kost und Wohnung erhält. Namentlich wenn die Frau sonst auf Erwerbstätigkeit angewiesen ist, oder sie doch tatsächlich auszuüben pflegte, wird man auch ihre Tätigkeit im Haushalt des Schwagers als Beschäftigung gegen Entgelt ansehen müssen.

e) Das als „Stütze" in die Hausgemeinschaft aufgenommene Mädchen ist, wenn sie für ihre Tätigkeit Entgelt — sei es auch nur Sachleistungen — bezieht, selbstverständlich krankenversicherungspflichtig.

Berechnung des Anspruchs aus § 197 RVO., wenn bei der Niederkunft eine der früheren Kassen bereits geschlossen war.

3. **Nach Bünde.** Antwort: Nach § 197 RVO. kann die leistungspflichtige Kasse einen Erstattungsanspruch nur gegen Kassen erheben, denen die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft angehört hatte. Eine Kasse aber, die bei der Niederkunft der Wöchnerin bereits geschlossen oder aufgelöst war, kommt als erstattungspflichtig nicht in Betracht (Entsch. des RVA. 2147 Amtl. Nachr. 1916 S. 352, ArbVers. 1916 S. 175). Eine andere Frage freilich ist die, ob die in das Vorjahr fallende Zeit der Mitgliedschaft bei der geschlossenen oder aufgelösten Kasse auch außer Betracht bleibt bei der Ermittlung des Anteilsverhältnisses, in welchem andere nach § 197 erstattungspflichtige Kassen zu den Kosten des Wochenhilfefalles beizutragen haben. Die Bedeutung dieser Frage mag durch ein Beispiel erläutert werden. Die Wöchnerin hatte im Jahre vor der Niederkunft angehört: der leistungspflichtigen Kasse 100, der geschlossenen Kasse 50 und einer anderen Kasse gleichfalls 50 Tage. Läßt man die Mitgliedschaft bei der geschlossenen Kasse auch bei Ermittlung des Anteilsverhältnisses außer Betracht, wird also nur mit 150 Mitgliedstagen gerechnet, so hat die allein übrigbleibende erstattungspflichtige Kasse ⅓ der Aufwendungen der leistungspflichtigen

Kasse zu erstatten; zieht man dagegen die 50 Tage der Mitgliedzeit bei der geschlossenen Kasse mit in Betracht, so entfällt auf die erstattungspflichtige Kasse nur ¼ der Aufwendungen. Wir halten diese zweite Auffassung für die richtige, weil sie dem Wortlaut des § 197 und doch wohl auch der Billigkeit mehr entspricht als die erste. Wenn § 197 die Erstattungspflicht nach dem Verhältnis der „Mitgliedzeit" berechnet wissen will, so kann das nur auf die Eingangsworte der Vorschrift, also auf das Verhältnis bezogen werden, in welchem die Wöchnerin „während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen ... versichert gewesen" ist; und dies trifft doch auch auf die geschlossene Kasse zu, wenngleich gegen sie der Erstattungsanspruch nicht verwirklicht werden kann, weil die Niederkunft erst nach der Schließung erfolgte. Der hierdurch bedingte Ausfall an Erstattung kann billigerweise nur die leistungspflichtige Kasse treffen, nicht aber zur Erhöhung der Erstattungspflicht der anderen Kasse über das Maß hinausführen, welches dem „Verhältnis der Mitgliedzeit" entspricht.

Krankenpflege außerhalb des gewöhnlichen Erfüllungsortes.

4. **Nach Gütersloh.** Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat aus dem Wortlaut des § 220 und aus § 368 RVO. hergeleitet, daß das Gesetz die Verpflichtung der Kasse, auch einem während vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Kassenbezirks Erkrankten dort Fürsorge zu gewähren, nicht grundsätzlich ausschließen wollte, daß vielmehr in dringenden Fällen dieser Art, wenn eine Umgehung der von der Kasse bereitgestellten Krankenpflege nicht vorlag, die Kasse die Kosten der außerhalb beschafften Krankenpflege in den Grenzen des Angemessenen zu tragen hat (Entsch. 2267, Amtl. Nachr. 1916 S. 739, ArbVers. 1916 S. 728). Das trifft nach dem Grundgedanken der Entsch. auf beide Fälle Ihrer Anfrage, also namentlich auch, wenn es sich um Familienhilfe handelt, zu. Die Anwendung dieses Grundsatzes darf aber nicht zu einer unbilligen Belastung der Krankenkassen führen. Es wird daher in solchen Fällen besonders sorgsam geprüft werden müssen, ob der Aufwand für die Krankenpflege sich in den Grenzen des Angemessenen hält.

Pflicht der Ortskrankenkasse, Schulden einer geschlossenen Betriebskrankenkasse zu bezahlen?

5. **Nach Bünde.** Frage: Ein Anwalt fordert von unserer Ortskrankenkasse Gebühren, die er von einer geschlossenen Betriebskrankenkasse, deren Restvermögen uns zugewiesen ist, für die Vertretung in einem Prozesse zu beanspruchen hat. Wir haben die Zahlung unter Hinweis auf § 301 RVO. abgelehnt, wogegen der Anwalt einwendet, daß er als bekannter Gläubiger eine besondere Mitteilung über die Auflösung seiner Auftraggeberin hätte erhalten müssen und wir um seine Forderung ungerechtfertigt bereichert seien. Für das Versehen der Betriebskrankenkasse haben wir aber doch nicht aufzukommen, so daß unser ablehnendes Verhalten wohlberechtigt ist?

Antwort: Die Ortskrankenkasse würde, soweit der ihr zugewiesene Vermögensbetrag reicht, die Befriedigung der Forderung des Anwalts nicht verweigern können, wenn diese Forderung gegenüber der geschlossenen Betriebskrankenkasse zu Recht bestände; das folgt aus §§ 301, 303 RVO., wonach die Ortskrankenkasse Anspruch nur auf den nach Bezahlung der Schulden verbleibenden Betrag hat. Allein der Liquidationsvorstand der geschlossenen Kasse konnte die Befriedigung der Forderung verweigern, wenn diese nicht binnen drei Monaten nach der öffentlichen Bekanntmachung der Schließung angemeldet worden (§ 301 Abs. 2 Satz 2). Wenn das Gesetz im Anschluß hieran vorschreibt, daß bekannte Gläubiger zur Anmeldung besonders aufzufordern sind (Satz 3), so können wir das nicht als eine unerläßliche Bedingung des unmittelbar vorher nur an die öffentliche Bekanntmachung und an die Einhaltung der Anmeldefrist geknüpften Verweigerungsrechts auffassen; sondern wir nehmen an, daß die Unterlassung der besonderen Aufforderung nur möglicherweise eine Schadenhaftung der Vorstandsmitglieder, sofern ihnen ein Verschulden zur Last fällt, begründet. Konnte hiernach der Liquidationsvorstand als solcher, d. h. als gesetzliche Vertretung der geschlossenen Kasse, die Bezahlung der Forderung des Anwalts verweigern, so kann dies selbstverständlich auch die Kasse, der der Vermögensrest der geschlossenen Betriebskrankenkasse überwiesen worden ist.

Versicherungspflicht der Bezirkshebammen?

6. **Nach Fischhausen.** Frage: Sind Bezirkshebammen, die vom Kommunalverband ein Mindesteinkommen garantiert und im Alter eine Pension gezahlt erhalten, krankenversicherungspflichtig?

Antwort: Wir verneinen die Frage. Die Hebammen üben eine selbständige, von keinem „Arbeitgeber" abhängige Berufstätigkeit aus, auch wenn sie vom Kommunalverband unter den bezeichneten Bedingungen bestellt sind. Diese „Bestellung" ist nicht „Anstellung" gegen Entgelt. Die Garantierung eines Mindesteinkommens sowie die Zusicherung einer Altersversorgung beruht auf dem öffentlichen Interesse der Gemeinde an der Beschaffung ausreichender Geburtshilfe in ihrem Bezirk; die Vergütung für ihre Dienste erhalten auch die Bezirkshebammen von den einzelnen Wöchnerinnen oder den sonstigen Auftraggebern (Unterhaltspflichtigen usw.). Zu vgl. Entsch. des ObSchGer. für AngestVers. in ArbVers. 1916 S. 221, 1918 S. 605; auch Anleitung d. RVA. v. 26. 4. 12 Ziff. 11, 71.

Besoldungs- und Pensionsdienstalter eines Kassenbeamten.

7. **Nach Meseritz.** Antwort: Voraussetzung der Pensionierung von Kommunalbeamten und folglich auch des Geschäftsführers der Kasse, dem die Rechte und Pflichten eines gemeindlichen Beamten nach § 359 RVO. übertragen sind, ist Dienstunfähigkeit und außerdem die Zurücklegung einer zehnjährigen Dienstzeit. Die letztere Voraussetzung ist nicht erfüllt, wenn der Geschäftsführer erst am 1. 7. 15 angestellt wurde und das Regulativ nicht etwa die Anrechnung anderwärts zurückgelegter Dienstjahre zuläßt. Daß das Besoldungsdienstalter bei der Anstellung auf den 1. 1. 08 festgesetzt worden ist, ist ohne Bedeutung für die Feststellung des Pensionsdienstalters. Ein Anspruch auf Ruhegehalt besteht also nicht.

Kürzung des Familiensterbegeldes nach § 205b Ziff. 2 RVO.

8. **Nach Ulm.** Antwort: Die Vorschrift in § 205b Ziff. 2 RVO. (früher § 205 Ziff. 3), daß das Familiensterbegeld um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen ist, auf das der Verstorbene selbst „gesetz-

lich" versichert war, schließt allerdings die Anwendung auf den Fall der freiwilligen Versicherung des Verstorbenen aus. Das ist auch, soviel wir übersehen, die unangefochtene Auffassung der Ausleger des Gesetzes, die durch die Begründung des Gesetzes gestützt wird, in der es (S. 160 zu § 218 des Entwurfs) heißt, die Gewährung des Familiensterbegeldes solle davon abhängen, daß die betr. Angehörigen nicht selbst in einem „gesetzlichen Versicherungsverhältnisse" stehen, auf Grund dessen ihren Hinterbliebenen ein Anspruch auf Sterbegeld zusteht. Ein „gesetzliches" Versicherungsverhältnis ist aber ein solches, das unmittelbar auf Grund des Gesetzes, also unabhängig von einer Entschließung des Versicherten (Beitritt oder Weiterversicherung) entsteht.

Ruhen der Rechte und Pflichten Versicherungspflichtiger nach § 517 RVO.

9. **Nach Neuenbürg (Württ.).** Antwort: Wir verweisen auf die Auskunft im Jahrg. 1921 S. 637 Ziff. 1. Danach ruhen die Rechte und Pflichten gemäß § 517 RVO. nur für solche Versicherungspflichtige, welche zu dem Personenkreise gehören, für den der Versicherungsverein nach seiner Satzung gemäß § 503 RVO. als Ersatzkasse zugelassen ist. Wenn die Satzung den Kreis ihrer Mitglieder lediglich dadurch umschreibt, daß sie die in bestimmten Gewerbszweigen Beschäftigten umfaßt, so können die Rechte und Pflichten dieser Personen bei ihrer Pflichtkasse nur ruhen, wenn und solange sie in den bezeichneten Gewerbszweigen versicherungspflichtig beschäftigt sind. Nur wenn die Satzung der Ersatzkasse etwa bestimmt, daß diese Personen ihr auch nach dem Ausscheiden aus den bezeichneten Gewerbszweigen angehören können, die Zulassung nach § 503 also auch auf diesen Kreis von Versicherungspflichtigen mit erstreckt ist, können auch ihre Rechte und Pflichten auf Antrag nach § 517 ruhen.

Teilnahme des Ausschußvorsitzenden an Sitzungen des Kassenvorstandes.

10. **Nach Elterlein.** Antwort: Nach den Ausführungen des RVA. in den beiden Entscheidungen v. 19. 12. 21 (ArbVers. 1922 S. 216) wird man dem Vorsitzenden des Ausschusses der Krankenkasse nicht allgemein das Recht der Teilnahme an den Sitzungen des Kassenvorstandes zugestehen können. Aber es kann im einzelnen Falle der sachlichen Behandlung einer Kassenangelegenheit dienlich sein, wenn ein Vertreter des Ausschusses an der Vorstandssitzung zur Information teilnimmt, namentlich dann, wenn der Ausschuß gleichfalls mit der Angelegenheit befaßt werden muß. In solchen Fällen wird die Teilnahme des Ausschußmitgliedes, insbesondere des Vorsitzenden, jedenfalls nicht als unzulässig gelten können.

Familienkrankenhilfe neben Wochenhilfe.

11. **Nach Hirschberg (Schles.).** Antwort: Der satzungsmäßige Anspruch der Versicherten auf Krankenhilfe für ihre Angehörigen (Familienhilfe nach § 205b Ziff. 1 RVO.) wird nicht dadurch berührt, daß die kranke Familienangehörige auch Anspruch auf Wochenhilfe hat. Durch die baren Beihilfen auf Grund des § 195a Abs. 1 Ziff. 2 RVO. in der Fassung des Gesetzes v. 29. 7. 21 und des Art. V dieses Gesetzes wird allerdings der ärztliche Beistand, der unter Umständen auch bei normalem Verlaufe der Entbindung oder der Schwangerschaft erforderlich wird, abgegolten. Ist aber der Verlauf derart regelwidrig, daß Krankheit im Rechtssinne (§ 182 RVO.) anzunehmen ist, so hat die Kasse die hierdurch veranlaßte weitergehende ärztliche Hilfe in den Grenzen der Satzungsbestimmung als Familienkrankenhilfe neben den baren Beihilfen zu gewähren (zu vgl. ArbVers. 1922 Heft 7 S. 111 Ziff. 7). Es wäre nicht zu verstehen, wenn man z. B. im Falle der Entbindung mittels des „Kaiserschnitts", der doch nur infolge eines krankhaften Körperzustandes der Wöchnerin notwendig wird, nur die zur Deckung der normalen Geburtshilfe bestimmten baren Beihilfen gewähren, die darüber hinausgehenden Kosten der Operation aber absprechen wollte, obwohl zugleich die tatsächliche Voraussetzung für den Anspruch auf Krankenhilfe (§ 182 oder § 205b RVO.) offenbar gegeben ist. Es liegen infolge des Zusammentreffens von Wochenbett und Krankheit zwei Bedarfs- und folglich auch zwei Leistungsgründe vor, und es ist kein Rechtssatz zu finden, der es rechtfertigen könnte, dem einen oder dem anderen Leistungsgrunde die Wirkung zu versagen.

Anspruch erwerbslos Ausgeschiedener (§ 214) auf Leistungen nach dem erhöhten Grundlohn.

12. **Nach R.** Antwort: Der § 9 Abs. 2 Ges. v. 28. 12. 21 (ArbVers. 1922 S. 39) enthält eine Ausnahme von dem Grundsatze, daß Änderungen des Grundlohns keinen Einfluß haben auf die Kassenleistungen in Versicherungsfällen, die vor der Änderung bereits eingetreten sind (§ 211 RVO.). Diese Ausnahme ist eine zwingend „vorgeschriebene" Ergänzung der Bestimmungen des zweiten Buches der RVO. über die Leistungen der Krankenkassen. Die hiernach gebotene Gewährung der erhöhten Leistungen auch in schwebenden Versicherungsfällen gehört daher zu den „Regelleistungen der Kassen" (§ 179 Abs. 1 und 2 RVO.), auf die unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. auch ein erwerbslos ausgeschiedenes Mitglied der Kasse Anspruch hat. Deshalb ist kein Anstoß daran zu nehmen, daß § 9 Abs. 2 des erwähnten Gesetzes von „Mitgliedern" spricht. Darunter sind eben im Falle des § 214 RVO. auch ausgeschiedene Mitglieder zu verstehen. Das entspricht auch dem Sinn und Zwecke der Vorschrift, die darauf beruht, daß die Erhöhung der Grundlöhne auf Grund der §§ 8, 9 des Gesetzes nur eine Anpassung an die bereits längere Zeit vorher eingetretene Geldentwertung bedeutet (Hahn in ArbVers. 1922 Heft 3 S. 38). Hiernach halten wir die Entscheidung des Versicherungsamts für begründet.

§ 206 und § 205b RVO.

13. **Nach Neustrelitz.** Antwort: In welchem Zusammenhange unsere Auskunft im Heft 3 S. 48 Ziff. 8 mit Ihrer Erörterung des Zweifels stehen soll, ob ein bereits Erkrankter versicherungspflichtig und dadurch Mitglied werden kann, ist vollkommen unergründlich. Ebenso unverständlich ist, was der Hinweis darauf, daß die Kasse doch für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit für die Kassenleistungen keine Gegenleistung erhalte, mit unserer Auskunft zu schaffen haben könnte.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1355 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. Juni 1922 | Heft 12

Wann tritt die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden in Kraft?

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Die Hausgewerbetreibenden waren durch die Reichsversicherungsordnung der Versicherungspflicht unterstellt worden, und zwar schlechthin ohne Rücksicht auf ihr Einkommen (§ 165 RVO.). Der Bundesrat konnte aber auf Grund des § 467 RVO. bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Hausgewerbetreibende, denen ein jährliches Gesamteinkommen von mindestens 2500 M. sicher war, auf ihren Antrag für die eigene Person versicherungsfrei wurden, sofern nicht bereits nach den auf Grund des § 168 RVO. vom Bundesrat über die Versicherungsfreiheit vorübergehender Dienstleistungen erlassenen Bestimmungen Versicherungsfreiheit bestand. Die nähere Ausgestaltung der Versicherung der Hausgewerbetreibenden und der von ihnen hausgewerblich beschäftigten Personen war in allen Einzelheiten in den §§ 466 bis 493 RVO. geregelt.

Bei Ausbruch des Krieges wurden durch § 3 des Gesetzes betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) die Vorschriften über die hausgewerbliche Krankenversicherung vorbehaltlich der laufenden Leistungen und fälligen Beiträge außer Kraft gesetzt, doch konnte auf übereinstimmenden Antrag der beteiligten Gemeinde oder des Gemeindeverbandes und des Kassenvorstandes das Oberversicherungsamt genehmigen, daß die hausgewerbliche Krankenversicherung durch statutarische Bestimmung geregelt wurde. Von dieser Befugnis ist in weitestem Umfange Gebrauch gemacht worden, so daß im großen ganzen die auf Grund des § 488 RVO. in Geltung gebliebenen Ortsstatute wieder in Kraft gesetzt worden sind. Vereinzelt sind neue Ortsstatute über die Versicherung der Hausgewerbetreibenden erlassen worden.

Da bei dieser Rechtslage das Bedürfnis nach einer durchgehenden Krankenversicherung des Hausgewerbes nicht befriedigt erschien, so setzten nach Abschluß des Krieges die Bestrebungen nach Wiedereinführung des gesetzlichen Versicherungszwanges mit Nachdruck ein, die neuerdings zu einem abschließenden Ergebnis geführt haben. Es sind aber zu diesem Zweck zwei Gesetze erlassen worden, die beide voneinander abhängig sind. Das erste Gesetz ist das Gesetz über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl, 1922 I S. 5), in dem vorgeschrieben ist, daß für den Fall der Krankheit Hausgewerbetreibende, soweit ihnen nicht ein jährliches Einkommen von 40 000 M. sicher ist*), versichert sind (§ 1 Abs. 1 Nr. 6 a. a. O.). Gleichzeitig ist als Übergangsbestimmung im § 11 a. a. O. folgendes vorgeschrieben:

„Das Inkraftsetzen der Vorschrift über die Versicherung der Hausgewerbetreibenden (§ 165 Abs. 1 Nr. 6 RVO. in der Fassung des § 1) bleibt bis zur gesetzlichen Neurege-

*) Neuerdings ist die Höchstgrenze auf 72 000 M. hinaufgesetzt.

lung der Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden vorbehalten."

Das zweite Gesetz hat der Reichstag aus dem Entwurf eines Gesetzes über Änderungen der Reichsversicherungsordnung (Reichstag 1920/21 Drucksache Nr. 2187) herausgearbeitet, in dem er, abgesehen von einer Änderung der Vorschriften der §§ 153, 154 RVO. über den Beschäftigungsort, die Vorschriften über die Ausgestaltung der Versicherung der Hausgewerbetreibenden zusammengefaßt hat. Das Gesetz führt die Bezeichnung „Gesetz über Versicherung der Hausgewerbetreibenden vom 30. April 1922"; es ist im RGBl. I S. 465 veröffentlicht*). Im Art. XI ist eine besondere Vorschrift wegen des Inkrafttretens der gesetzlichen Vorschriften vorgesehen. Dort heißt es:

„Die Vorschriften des Abschnittes A treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft; ebenso die Vorschriften der Abschnitte B und C, soweit es sich um die zu ihrer Durchführung notwendigen Maßnahmen handelt. Im übrigen bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vorschriften des Abschnitts C der Reichsarbeitsminister."

Der Abschnitt A bezieht sich auf die Änderungen des ersten Buches und enthält Ergänzungen der §§ 153, 154 (Beschäftigungsort) und des § 162 (Begriff des Hausgewerbetreibenden), während der Abschnitt C die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Hausgewerbetreibenden regelt. Für die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden kommt danach der Abschnitt B in Betracht, der, soweit es sich um die vorbereitenden Maßnahmen für die Durchführung der Versicherung, also um den Erlaß der Ortsstatute handelt, mit dem Tage der Verkündung, am 5. Mai 1922, in Kraft getreten ist. Da für das endgültige Inkrafttreten des Abschnitts B nichts vorgeschrieben ist, so greift die allgemeine Regel des Artikels 7 der Reichsverfassung Platz, wonach Reichsgesetze am vierzehnten Tage nach ihrer Verkündung in Kraft treten. Danach wäre der Abschnitt B am 19. Mai d. J. in Wirksamkeit getreten, obwohl es von vornherein als unverständlich bezeichnet werden muß, für die Durchführung eines so verwickelten Gesetzes eine Frist von nur vierzehn Tagen vorzusehen. Das Inkrafttreten des Abschnitts B hat aber keine praktischen Folgen, solange nicht die gesetzliche Versicherungspflicht auf Grund des Gesetzes über Versicherungspflicht usw. vom 28. Dezember 1921 ins Leben getreten ist. Wird davon ausgegangen, daß dies noch nicht geschehen ist, so bleibt, da § 3 des Gesetzes betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 noch unverändert fortbesteht, alles beim alten. Die betreffenden Ortsstatuten müssen gemäß Art. VII des Gesetzes über Versicherung der Hausgewerbetreibenden vom 30. April 1922 binnen 6 Monaten nach dem 19. Mai d. J. den neuen gesetzlichen Vorschriften angepaßt werden, widrigenfalls das Oberversicherungsamt die Neuregelung verfügt.

Es kommt hiernach ausschließlich auf die Auslegung des § 11 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 an. Wenngleich nicht angegeben ist, in welcher Form das vorbehaltene Inkraftsetzen vor sich gehen soll, so ergibt sich doch aus dem Worte „Inkraft s e t z e n", daß für das Inkrafttreten der Versicherungspflicht eine besondere Anordnung in Aussicht genommen ist. Dafür sprechen auch handgreifliche Erwägungen praktischer Natur. Der Erlaß der Ortsstatute über die nähere Regelung der Versicherung der Hausgewerbetreibenden beansprucht naturgemäß längere Zeit, da neben der Beschlußfassung der nach Landesrecht zuständigen Organe auch die Erteilung der Genehmigung des Oberversicherungsamts erforderlich ist. Namentlich in Landkreisen, die neben den Stadtkreisen als kommunale Verbände in Frage kommen (s. Bekanntmachung des Ministers für Volkswohlfahrt vom 8. Mai 1922, Volkswohlfahrt S. 277), wird die Beschlußfassung über die Ortsstatute nicht so schnell herbeizuführen sein, da die Kreistage zu beschließen haben. Vielfach werden die Ortsstatute gar nicht in der sechsmonatigen Frist zustandekommen

*) Abdruck des Gesetzes hier S. 262.

können. Ist diese Frist nutzlos verstrichen, so muß das Oberversicherungsamt an die Ausarbeitung des Statuts herangehen, was selbstredend auch einige Zeit erfordert. So wird es mehr oder weniger ein Jahr dauern, bis alle Ortsstatute zustandegebracht sind und damit die Voraussetzung für das „Inkraftsetzen" der gesetzlichen Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden erfüllt ist. Soweit auf Grund des § 3 des Gesetzes betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 statutarische Bestimmungen erlassen sind, ist in dieser Verzögerung nichts Nachteiliges zu erblicken, im übrigen muß sie als unvermeidlich mit in den Kauf genommen werden. Zu verschiedenen Zeiten werden die Ortsstatute nicht wohl ins Leben treten können, das würde auch im Widerspruch mit allen gesetzgeberischen Gepflogenheiten stehen. Demnach bleibt, sobald der Überblick über den Abschluß der Durchführungsarbeiten gewonnen ist, nichts anderes übrig, als einen einheitlichen Zeitpunkt für das Inkrafttreten der Vorschrift des § 165 Abs. 1 Nr. 6 RVO. über die Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden zu bestimmen. Da das Gesetz hierfür eine vereinfachte Form nicht vorgesehen hat, so bleibt nichts anderes übrig, als ein besonderes Gesetz zu erlassen, sofern nicht bei den fortwährenden Änderungen der Reichsversicherungsordnung durch eine unabsehbare Flut von Gesetzen die Gelegenheit wahrgenommen wird, eine entsprechende Vorschrift in irgendein Abänderungsgesetz hineinzubringen.

Sollte aber die Auffassung die Oberhand gewinnen, daß das Inkraftsetzen der Vorschrift über die Versicherung der Hausgewerbetreibenden bereits durch die Neuregelung der Versicherung nach Maßgabe des Gesetzes über Versicherung der Hausgewerbetreibenden vom 30. April 1922 erfolgt sei, so würden die Hausgewerbetreibenden seit dem 19. Mai 1922 versichert sein, ohne daß, soweit nicht Ortsstatute bestehen, eine nähere Ausgestaltung der Versicherung erfolgt wäre. Die Hausgewerbetreibenden wären Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Betriebssitzes und zur Beitragszahlung nach dem von der Kasse ermittelnden Grundlohn verpflichtet. Sie hätten auch auf alle Leistungen ihrer Krankenkasse Anspruch. Erst mit der früher oder später eintretenden Regelung der Versicherung durch Ortsstatut würde in diesem vorläufigen Zustand eine endgültige Änderung eintreten.

Daß ein solches Ergebnis im höchsten Maße unerwünscht ist, kann wohl nicht bezweifelt werden. Deshalb sollte daran festgehalten werden, daß zur Zeit die gesetzliche Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden überhaupt noch nicht in Kraft getreten ist, sondern daß nach wie vor die statutarische Versicherungspflicht besteht. Für das Inkraftsetzen der gesetzlichen Versicherungspflicht wird ein einheitlicher Zeitpunkt festzusetzen sein, dessen Auswahl erst möglich ist, wenn die Arbeiten zur Durchführung der Versicherung weiter fortgeschritten sind und der Erlaß aller Ortsstatute gesichert ist.

Inzwischen wäre auch noch zu prüfen, ob und wieweit dem Hausgewerbe gegenüber von der Befugnis des § 168 RVO. Gebrauch zu machen wäre, indem bestimmte Tätigkeiten der Hausgewerbetreibenden als vorübergehende Dienstleistungen und als versicherungsfrei bezeichnet werden.

Richtlinien für die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge.

Von Dr. H. Jaeger, Direktor des Städt. Versicherungsamts München.

Der Wert der den einzelnen Versicherten gewährten Sachbezüge ist von erheblicher Bedeutung für die Beitragsentrichtung zur Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung und demzufolge wieder für die den Versicherten aus diesen Versicherungszweigen zustehenden Leistungen. Die Reichsversicherungsordnung und das Versicherungsgesetz für Angestellte haben daher die Festsetzung dieses Wertes nach Ortspreisen durch die

Versicherungsämter bzw. unteren Verwaltungsbehörden vorgesehen. Es war schon bei den erstmaligen Wertfestsetzungen in den Jahren 1912 bis 1914 als ein erheblicher Mangel empfunden worden, daß irgendwelche einheitlichen Richtlinien, nach denen sich diese Wertfestsetzung zu bemessen hat, nicht gegeben waren. Das Fehlen solcher Grundsätze wurde noch viel empfindlicher, als die während des Krieges und in der Nachkriegszeit eingetretene Teuerung zu Neufestsetzungen zwang und diese mehr oder weniger planlos nach Zeit, Art und Höhe von den einzelnen Stellen vorgenommen wurden. Es ergab sich daher eine immer größere Mannigfaltigkeit der Wertfestsetzungen, die durch die tatsächlichen Verhältnisse in keiner Weise gerechtfertigt war.

Als nun die Erzbergersche Steuerreform die Erfassung der Einkommen an der Quelle und damit den Steuerabzug vom Arbeitslohne brachte, wurde auch in den diesbezüglichen Steuergesetzen die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge durch die Finanzbehörden vorgesehen. Irgend eine Fühlungnahme mit den Behörden der Reichsversicherung wurde jedoch nicht vorgeschrieben. Die Folge war, daß die Finanzbehörden durchaus selbständig vorgingen, und daß daher die Mannigfaltigkeit der Wertfestsetzungen nur noch größer wurde. Bald war der Betrag, der für den Steuerabzug in Frage kam, höher als derjenige, der für die Versicherungsbeiträge maßgebend war, bald hatten wieder die Versicherungsbehörden einen höheren Satz festgesetzt als die Finanzbehörden. Die Bevölkerung, der es unerfindlich erscheinen mußte, warum denn eine an sich gleiche Sache verschiedenen Wert besitzen solle, je nachdem sie für die Steuer oder für die Versicherungsbeiträge in Betracht kam, wurde hierdurch nur irregeführt und in der genauen Beachtung der gesetzlichen Vorschriften beeinträchtigt. Sowohl das Reichsarbeitsministerium, wie auch das Reichsfinanzministerium haben den in dieser Beziehung an sie gerichteten Klagen die Berechtigung nicht versagt und sich schon seit längerer Zeit für die Herstellung möglichster Übereinstimmung der Wertfestsetzungen der Sachbezüge auf versicherungs- und steuerrechtlichem Gebiete durch die ihnen unterstellten Behörden ausgesprochen.

Als eines der ersten Länder des Reichs hat nun der Freistaat Bayern Richtlinien erlassen, die im Benehmen zwischen dem Ministerium für soziale Fürsorge und den drei Landesfinanzämtern München, Nürnberg und Würzburg festgestellt sind und auf Grund eingehender Befragungen der beteiligten Stellen (Versicherungsämter, Finanzämter, Landesversicherungsanstalten, Kassenverbände, Berufsgenossenschaften, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände) ermittelt wurden.

Die Richtlinien stellen zunächst fest, daß künftighin der Wert der Sachbezüge nur mehr für drei Gruppen von Arbeitnehmern, für diese jedoch in zwingender Weise festzustellen ist. Es sind dies a) männliche Arbeiter über 16 Jahre; b) weibliche Arbeiter über 16 Jahre; c) männliche und weibliche Arbeiter unter 16 Jahre. Alle weiteren Gruppenbildungen, Ausscheidungen nach Berufsarten usw. sollen künftig unterbleiben.

Auf Grund der in den Vorverhandlungen gepflogenen Ermittlungen wurde festgestellt, daß gegenwärtig nach den tatsächlichen Verhältnissen als Durchschnittssätze für den Sachbezug der vollen Verpflegung mit Wohnung in Bayern angesehen werden können:

a) für männliche Arbeiter über 16 Jahre: 14,80 M.; b) für weibliche Arbeiter über 16 Jahre: 14,15 M.; c) für männliche und weibliche Arbeiter unter 16 Jahren: 12,50 M.

Ausgehend von diesen Durchschnittssätzen wurden nun Rahmensätze gebildet, innerhalb deren sich die Wertfestsetzung der einzelnen Sachbezüge zu bewegen hat. Diese Rahmensätze sind zur Zeit:

	Mindestsatz ℳ	Höchstsatz ℳ
a) für männliche Arbeiter über 16 Jahre	12,—	18,—
b) für weibliche Arbeiter über 16 Jahre	10,—	15,—
c) für männliche und weibliche Arbeiter unter 16 Jahren . .	9,—	13,50

Unter die Mindestrahmensätze darf bei der Wertfestsetzung der Sachbezüge auf keinen Fall heruntergegangen werden. Der Höchstsatz, der auf 50% des Mindestsatzes bemessen ist, soll regelmäßig nicht überschritten werden. Er ist zurzeit in erster Linie mit Rücksicht und auf Wunsch der Finanzbehörden nicht allzuhoch gehalten, da es so ermöglicht wird, bei männlichen Arbeitnehmern über 16 Jahren bis zu einem monatl. Barlohn von 110 M., bei weiblichen Arbeitern über 16 Jahren bis zu einem monatl. Barlohn von 200 M. die Befreiung vom Steuerabzug aufrechtzuerhalten. Mit einem Barlohn bis zu 200 M. dürfte aber zurzeit noch der größte Teil der für die Gewährung von Sachbezügen vor allem in Betracht kommenden weiblichen Arbeitnehmer in Bayern entschädigt werden. Innerhalb der Rahmensätze haben sich die Wertfestsetzungen in ihren Abweichungen von den Durchschnittssätzen nach unten oder nach oben nach den örtlichen Verhältnissen zu richten.

Die Wertfestsetzung hat seitens der Versicherungsämter im engsten Benehmen mit dem beteiligten Finanzamt zu erfolgen. Übereinstimmung über die Wertanschläge ist zwischen den beteiligten Versicherungsbehörden und Steuerbehörden unter allen Umständen zu erreichen. Erstreckt sich der Bezirk eines Finanzamtes auf mehrere Versicherungsämter, so bilden die Bezirke der Versicherungsämter die Grundlagen für die Wertfestsetzung. Wenn z. B. ein Finanzamt ein städtisches und ein staatliches Versicherungsamt umfaßt, so wird das städtische Versicherungsamt für seinen Bezirk im Benehmen mit dem Finanzamt und das staatliche Versicherungsamt gleichfalls für seinen Bezirk im Benehmen mit dem Finanzamt die Wertfestsetzungen jeweils getrennt vornehmen, wobei aber zur Ausgleichung etwaiger der Sachlage widerstrebender Unterschiede eine Verständigung der drei Behörden untereinander keineswegs ausgeschlossen sein soll.

Die Richtlinien erstrecken sich ferner auch auf das Verhältnis der einzelnen in dem Begriffe „volle Verpflegung und Wohnung" eingeschlossenen Sachbezüge. Sie bestimmen, daß ausgehend von einem Ansatz dieses Gesamtsbezugs mit Hundert auf die Verpflegung (ohne Getränke) 93% und auf die Wohnung 7% des jeweiligen Satzes treffen sollen. Im einzelnen wird das prozentuale Verhältnis der verschiedenen Reichnisse untereinander folgendermaßen festgelegt:

a) vom Gesamtwert der „Verpflegung" treffen auf das

Erste Frühstück	8,8 %
Zweite Frühstück	10,9 %
Mittagessen	41,1 %
Vesperbrot	14,1 %
Abendbrot	25,1 %

b) vom Gesamtwert der „Wohnung" treffen auf

Wohnung	4,6 %
Beheizung und Beleuchtung	2,4 %.

Allgemeine Richtlinien, in welcher Höhe sonstige Sachbezüge wie Kleidung, Weihnachtsgeschenke, Deputate, Freibier usw. anzusetzen sind, werden mit Rücksicht auf die große Mannigfaltigkeit der örtlichen Verhältnisse nicht aufgestellt. Es wird jedoch empfohlen, hier in der Regel die Kleinhandelspreise maßgebend sein zu lassen.

Vor der Festsetzung des Wertes der Sachbezüge sind die Krankenkassen, die Bezirksbauernkammern, sowie die hauptsächlich beteiligten Verbände der Arbeitgeber und Arbeitnehmer gutachtlich zu hören, und es ist gegebenenfalls eine gemeinsame mündliche Besprechung zwischen diesen Verbänden und sonstigen Beteiligten einerseits und den Versicherungsämtern und den Finanzbehörden anderseits zu veranlassen.

Die Richtlinien sind den bayerischen Versicherungs- und Steuerbehörden mit einer in der ersten Hälfte des Monats Mai ergangenen Entschließung des Ministeriums für soziale Fürsorge und der drei Landesfinanzämter zugegangen. Die Neufestsetzung des Wertes der Sachbezüge ist danach so umgehend in die Wege zu leiten, daß sie noch Anfang Juni in Kraft treten kann. Damit ist dann wenigstens für eines der Länder bereits eine gewisse Einheitlichkeit auf diesem Gebiete erreicht, die zweifellos nur für alle Beteiligten, Behörden, Versicherungsträger, Arbeitgeber und Arbeitnehmer von Vorteil sein kann und weitere Nachahmung verdient.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Gesetz über Versicherung der Hausgewerbetreibenden.

Vom 30. April 1922 (RGBl. S. 465).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

A. Gemeinsame Vorschriften.

Artikel I.

Im § 153 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung werden die Worte „während sie außerhalb für den Arbeitgeber einzelne Arbeiten von geringer Dauer ausführen" ersetzt durch die Worte „während sie bei Arbeiten, die ihr Arbeitgeber außerhalb der Betriebstätte ausführen läßt, für kürzere Zeit beschäftigt werden".

Artikel II.

Dem § 154 der Reichsversicherungsordnung wird folgender Abs. 2 zugefügt:

„Für Hausgewerbetreibende gilt als Beschäftigungsort ohne Rücksicht auf den Betriebsitz ihrer Arbeitgeber oder Auftraggeber der Ort, an dem sie ihre eigene Betriebstätte haben."

Artikel III.

Der § 162 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden neuen Abs. 2:

„Als Hausgewerbetreibende gelten ferner diejenigen, welche in gleicher Weise wie die im Abs. 1 Bezeichneten, aber mit der Maßgabe tätig sind, daß sie im Auftrag und für Rechnung öffentlicher Verbände, öffentlicher Körperschaften oder gemeinnütziger Unternehmungen arbeiten."

Im § 162 der Reichsversicherungsordnung wird der bisherige Abs. 2 zum Abs. 3. In seinem Eingang werden die Worte „Sie gelten dafür" ersetzt durch die Worte „Die im Abs. 1, 2 Bezeichneten gelten für Hausgewerbtreibende."

Dem angeführten § 162 werden als Abs. 4, 5 folgende Vorschrifen angefügt:

„Als Arbeitgeber des Hausgewerbtreibenden gilt, wer die Arbeit unmittelbar an ihn vergibt.

Als Auftraggeber des Hausgewerbtreibenden gilt derjenige, in dessen Auftrag und für dessen Rechnung er hausgewerblich arbeitet."

Artikel IV.

Der § 2 der Bekanntmachung über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) fällt weg.

B. Krankenversicherung.

Artikel V.

Der § 235 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

„Mitglieder der Landkrankenkassen sind die in der Landwirtschaft und im Wandergewerbe Beschäftigten sowie die Dienstboten."

Der § 250 Abs. 2 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

„Dieser Kasse gehören, vorbehaltlich der §§ 309, 470, die in den Betrieben beschäftigten Versicherungspflichtigen an, soweit sie nicht nach den §§ 235, 236 landkassenpflichtig sind."

An die Stelle der §§ 466 bis 493 der Reichsversicherungsordnung treten die nachstehenden Vorschriften:

§ 466. — Die Versicherung der Hausgewerbtreibenden wird durch Statut der Gemeinden oder kommunaler Verbände geregelt. Vorher ist den beteiligten Ortskrankenkassen Gelegenheit zur Äußerung zu geben. Das Satut und seine Änderung bedürfen unter Ausschluß der Zuständigkeit anderer Behörden der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Die Zustimmung darf nur durch die Beschlußkammer versagt werden. Die Gründe der Versagung sind mitzuteilen; gegen die Versagung findet die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde statt.

Was als kommunaler Verband gilt, bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde.

§ 467. — Auf übereinstimmenden Antrag der für den Erlaß des Statuts zuständigen Stelle und der allgemeinen Ortskrankenkasse oder Ortskrankenkassen ihres Bezirks kann das Oberversicherungsamt genehmigen, daß die Versicherung der Hausgewerbtreibenden für diesen Bezirk durch die Satzung der allgemeinen Ortskrankenkasse oder Ortskrankenkassen geregelt wird. Gegen die Versagung der Genehmigung findet die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde statt. Für die Bestimmungen der Satzung über die Versicherung der Hausgewerbtreibenden gilt § 466 Abs. 1 Satz 3 bis 5 entsprechend.

§ 468. — Ist für einen Bezirk innerhalb sechs Monaten nach Inkrafttreten dieser Vorschriften die Regelung nach den §§ 466, 467 nicht erfolgt, so erläßt die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde die erforderliche Bestimmung, es sei denn, daß in dem Bezirk eine hausgewerbliche Beschäftigung nicht stattfindet.

Änderungen der Bestimmungen erfolgen durch die gleichen Stellen.

§ 469. — Was nach den nachstehenden Vorschriften für die Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung durch Statut (§ 466) gilt, gilt auch für die Regelung nach den §§ 467, 468.

Die nach den §§ 466 bis 468 für die Hausgewerbtreibenden eines Bezirkes getroffene Bestimmung gilt auch für die außerhalb des Bezirkes wohnenden Arbeitgeber und Auftraggeber dieser Hausgewerbtreibenden.

§ 470. — Die Hausgewerbtreibenden sind, vorbehaltlich des § 309, bei der allgemeinen Ortskrankenkasse ihrer Betriebsstätte versichert.

Wo für einzelne oder mehrere Gewerbszweige eine besondere Ortskrankenkasse besteht und für diese Gewerbszweige die hausgewerbliche Betriebsart in größerem Umfang stattfindet, kann das Statut die Hausgewerbtreibenden dieser Gewerbszweige auch der besonderen Ortskrankenkasse zuweisen. Die allgemeine Ortskrankenkasse oder die allgemeinen Ortskrankenkassen des Bezirkes sind vorher zu hören.

Der Kasse des Hausgewerbtreibenden gehören auch die von ihm in seinem hausgewerblichen Betriebe Beschäftigten an. Für ihre Versicherung gelten die allgemeinen Vorschriften dieses Buches.

§ 471. — Die Meldepflicht für seine Beschäftigten liegt dem Hausgewerbtreibenden, diejenige für den letzteren seinem Arbeitgeber (§ 162 Abs. 4) ob.

§ 472. — Die Mittel für die Krankenversicherung sind durch Beiträge der Hausgewerbtreibenden und ihrer Arbeitgeber aufzubringen.

§ 381 Abs. 1 und die allgemeinen Vorschriften über die Zahlung der Beiträge gelten entsprechend.

Das Statut kann den Auftraggeber für die Beiträge haftbar machen.

Für die Zeit, in der die Hausgewerbtreibenden für eigene Rechnung arbeiten, haben sie die Beiträge für ihre Person selbst zu zahlen.

§ 473. — Das Statut kann den Auftraggebern Zuschüsse bis zu 1 v. H. des Entgelts für die vom Hausgewerbtreibenden gelieferten Arbeitserzeugnisse auferlegen. Es kann statt des Arbeitgeberbeitrags den Arbeitgebern oder Auftraggebern solche Zuschüsse bis zu 2 v. H. des Entgelts auferlegen.

Dabei ist zu bestimmen, ob vom Entgelt der Wert der vom Hausgewerbtreibenden beschafften Roh- und Hilfsstoffe abzuziehen ist.

Die Vorschriften über Beitragsstreitigkeiten (§ 405) gelten entsprechend bei Streit über Zuschüsse.

Wo Zuschüsse erhoben werden, setzt das Versicherungsamt im Falle eines Bedürfnisses den Durchschnittswert der Roh- und Hilfsstoffe fest. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig.

§ 474. — Die Auftraggeber stehen für die §§ 137 bis 140 den Arbeitgebern gleich.

§ 475. — Für die Leistungen der Krankenkassen an die Hausgewerbtreibenden gelten die allgemeinen Vorschriften dieses Buches.

Für Bezirke, in denen der Grundlohn für die Hausgewerbtreibenden durchschnittlich niedriger ist als der Ortslohn, kann das Statut den letzteren als Grundlohn festsetzen.

Das Statut kann für Hausgewerbtreibende, deren Entgelt geringer ist, als der halbe Grundlohn der niedrigsten Lohnstufe bei ihrer Kasse, die Beiträge entsprechend ermäßigen.

Artikel VI.

Im § 530 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung fallen die Worte „oder die Listen über beschäftigte Hausgewerbtreibende nicht einreicht (§ 473)" weg.

Im Abs. 2 daselbst fallen die Worte „oder die Einreichung der Listen der Hausgewerbtreibenden" und die Anziehung des § 468 Abs. 2 sowie der §§ 473, 474 weg.

§ 531 Abs. 2 Satz 3 fällt weg.

Im § 532 Abs. 1 und im § 533 Abs. 1 fallen die Worte „und Auftraggeber (§ 486)" weg.

Im § 532 erhält Abs. 2 folgenden Zusatz:

„sowie Hausgewerbtreibende und ihre Arbeitgeber oder Auftraggeber, die den auf Grund der §§ 466 bis 486 erlassenen Strafbestimmungen zuwiderhandeln."

Artikel VII.

Statutarische Bestimmungen über die Versicherung der Hausgewerbtreibenden, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits bestehen, bleiben aufrechterhalten, wenn sie den vorstehenden Vorschriften genügen oder ihnen entsprechend geändert und innerhalb sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes vom Oberversicherungsamte genehmigt werden. Die Genehmigung darf nur durch die Beschlußkammer und nur dann versagt werden, wenn die Bestimmung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt. Die Gründe der Versagung sind mitzuteilen.

Gegen die Versagung findet die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde statt.

Für eine spätere Änderung des Statuts gilt § 466 Satz 3 bis 5 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung dieses Gesetzes entsprechend.

C. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Artikel VIII.

Der § 1226 der Reichsversicherungsordnung wird wie folgt geändert:

Im Abs. 1 wird hinter der Nr. 1 eingefügt:

1a. Hausgewerbtreibende.

Im Abs. 2 werden die Worte: „für alle diese Personen" ersetzt durch die Worte: „für die im Abs. 1 unter Nr. 1, 2 bis 6 bezeichneten Personen".

Der § 1229 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

„Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats allgemein oder in einzelnen Bezirken die Versicherungspflicht für bestimmte Berufszweige erstrecken auf Gewerbtreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens einen Versicherungspflichtigen beschäftigen."

Der § 1230 der Reichsversicherungsordnung wird gestrichen.

Im § 1243 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung werden die Worte „sowie Hausgewerbtreibende" gestrichen.

Artikel IX.

Der § 1436 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

„Der Reichsarbeitsminister regelt die Erhebung der Beiträge für die nach den §§ 1228, 1229 Versicherungspflichtigen.

Die Versicherungsanstalt regelt mit Zustimmung des Reichsversicherungsamts die Erhebung der Beiträge für die Hausgewerbtreibenden. Sie kann auch bestimmen, wieweit die Auftraggeber die Pflichten der Arbeitgeber zu erfüllen haben.

Die Regelung einer Versicherungsanstalt für die Hausgewerbtreibenden eines Bezirks gilt auch für die außerhalb dieses Bezirkes wohnenden Arbeitgeber und Auftraggeber dieser Hausgewerbtreibenden.

Für die von den Hausgewerbtreibenden Beschäftigten gelten die allgemeinen gesetzlichen Vorschriften."

Artikel X.

Im § 210 Abs. 3 und 4 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird an Stelle von „§ 1226 Abs. 1 Nr. 1 oder 6" „§ 1226 Abs. 1 Nr. 1, 1a oder 6" gesetzt.

D. Schlußvorschriften.

Artikel XI.

Die Vorschriften des Abschnitts A treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft; ebenso die Vorschriften der Abschnitte B und C, soweit es sich um die zu ihrer Durchführung notwendigen Maßnahmen handelt. Im übrigen bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vorschriften des Abschnitts C der Reichsarbeitsminister.

Das Gesetz ist, durch Ausgabe der Nr. 33 des RGBl. in Berlin, am 5. Mai 1922 verkündet. Mit diesem Tage sind also nach Art. XI die „Gemeinsamen Vorschriften" unter A in Kraft getreten. Zu vgl. hierüber Hoffmann, oben S. 257. Weitere Erläuterungen des Gesetzes behalten wir uns vor.

Gesetz über die Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung.

Vom 24. April 1922 (RGBl. S. 464).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

Das Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung vom 7. Dezember 1921 (RGBl. S. 1533) wird dahin geändert:

1. In § 2 wird
   a) im Abs. 4 das Wort „zweitausend" durch das Wort „viertausend" ersetzt.
   Ferner wird
   b) im Abs. 5 das Wort „sechshundert" durch das Wort „eintausendzweihundert" ersetzt.
2. Hinter § 2 wird eingefügt:

§ 2a. — Die Unterstützung (§ 2 Abs. 1 und 2) kann, soweit besondere Umstände es erfordern, bis zu einem solchen Betrag erhöht werden, daß das Gesamtjahreseinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente oder eines Ruhegeldes den Betrag von viertausendachthundert Mark, einer Witwen- oder Witwerrente den Betrag von dreitausenddreihundert Mark, einer Waisenrente den Betrag von zweitausend Mark erreicht.

3. In § 8 erhält Abs. 3 folgenden Zusatz:

Für nicht leistungsfähige Gemeinden hat das Land oder nach dessen Bestimmung ein Gemeindeverband oder eine sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechtes mit Zuschüssen einzutreten.

Artikel II.

Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. April 1922 in Kraft.

Zu vgl. hier 1922 S. 94 und Seelmann hier S. 161.

B. Zur Krankenversicherung.

Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Vom 20. April 1922 (RGBl. S. 463).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Wöchnerinnen, die vor dem 6. August 1921 entbunden worden sind, erhalten von diesem Tage ab für den Rest der Bezugszeit das Wochen- und Stillgeld in dem durch das Gesetz, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge, vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) erhöhten Betrage.

Wöchnerinnen, die erst nach der Vorschrift des im Abs. 1 genannten Gesetzes als minderbemittelt zu gelten haben, erhalten vom 6. August 1921 ab für den Rest der Bezugszeit die Leistungen der Wochenfürsorge an Wochengeld und Stillgeld.

§ 2. — Wöchnerinnen, die vor dem 5. Januar 1922 entbunden worden sind, erhalten von diesem Tage ab für den Rest der Bezugszeit das Stillgeld in dem durch das Gesetz, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge, vom 28. Dezember 1921 (Reichsgesetzbl. 1922 S. 7) erhöhten Betrage.

Wöchnerinnen, die erst nach der Vorschrift des im Abs. 1 genannten Gesetzes als minderbemittelt zu gelten haben, erhalten vom 5. Januar 1922 ab für den Rest der Bezugszeit die Leistungen der Wochenfürsorge an Wochengeld und Stillgeld.

§ 3. — Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieses Gesetzes schwebt, unterliegen dessen Vorschriften. Ihre Nichtanwendung gilt, soweit Revision nach § 1695 der Reichsversicherungsordnung zulässig ist, auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Sind Ansprüche, die nach den Vorschriften dieses Gesetzes begründet sind, bereits rechtskräftig abgewiesen worden, so hat die Krankenkasse auf Antrag des Berechtigten einen neuen Bescheid zu erteilen.

§ 4. — Dieses Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Das Gesetz ist, durch Ausgabe der Nr. 33 des RGBl. in Berlin, am 5. Mai 1922 in Kraft getreten. Es macht, soweit möglich, den schweren Fehler wieder gut, der zuerst fahrlässig beim Erlaß des Gesetzes v. 29. 7. 21 und dann, im Rückfalle vorsätzlich, nochmals beim Erlaß des Gesetzes v. 28. 12. 21 begangen worden ist (zu vgl. ArbVers. 1921 S. 528, 549, 589 u. 1922 S. 97). Die Begründung des Gesetzes wird jedem fühlenden Leser die Empfindung wärmster Teilnahme erwirken für den Beamten, der die Aufgabe hatte, nach rechtskräftig verlorenem Prozesse das Urteil an sich vollstrecken zu lassen, ohne sich ihm zu beugen.

Gesetz zur Sicherung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen.

Vom 20. April 1922 (RGBl. S. 463).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Der Reichsarbeitsminister kann im Falle eines Bedürfnisses Bestimmungen darüber treffen, wie über die Vorschriften der §§ 370, 371 der Reichsversicherungsordnung und des § 10 des Reichsversorgungsgesetzes hinaus die Krankenkassen ermächtigt werden, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung zu gewähren. Diese Bestimmungen sind dem Reichstag alsbald zur Kenntnis zu bringen und auf sein Verlangen aufzuheben.

§ 2. — Dieses Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Das Gesetz ist, durch Ausgabe der Nr. 33 des RGBl. in Berlin, am 5. Mai 1922 in Kraft getreten. — Die dem Minister durch das vorliegende Gesetz erteilte Ermächtigung greift über den einzelnen Bedürfnisfall hinaus und schließt die Befugnis zu allgemeiner gesetzesgleicher Normierung „im Falle eines Bedürfnisses" ein.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur versicherungsrechtlichen Stellung der Büroangestellten, insbesondere zur Frage der Invalidenversicherungspflicht von „Vertragsangestellten" eines Finanzamts und der Stenotypistin eines Anwalts.

Beschlüsse des Versicherungsamts der **Landeshauptstadt München** a) v. 25. März 1922 (Nr. 279 J.), b) vom 27. April 1922 (Nr. 1497 XI J.).

a)

Aus den Gründen:

. . . Bevor zur Streitfrage im engeren Sinn, d. i. zur Frage, Stellung genommen wird, ob die Vertragsangestellten des Finanzamts II München der Invalidenversicherungspflicht unterliegen oder nicht, ist es notwendig, einige allgemeine Ausführungen über die versicherungsrechtliche Stellung der Büroangestellten in der Invaliden- und Angestelltenversicherung zu geben.

Die Angestellten jeder Kategorie scheiden sich auf dem Gebiete der Invalidenversicherung in die Gehilfen i. S. des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. und in die „anderen Angestellten in der den Betriebsbeamten und Werkmeistern ähnlich gehobenen Stellung" i. S. des § 1226 Abs. I Ziff. 2 RVO. Erstere sind ohne Rücksicht auf die Höhe ihres bezogenen Entgelts lediglich kraft der Tatsache ihrer Beschäftigung versicherungspflichtig; letztere unterliegen der Versicherungspflicht nur, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2000 M. nicht übersteigt (§ 1226 Abs. 2 RVO.). Diese Scheidung muß auch für die Büroangestellten der Staatsbehörden wie der öffentlichen oder privaten Unternehmungen gelten. Sie wurde auch von der Rechtsprechung stets so gehandhabt. So hat schon die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes 242 vom 12. Dezember 1892 (Amtl. Nachr. 1893 S. 89) die Bürohilfsarbeiter als Gehilfen i. S. des Gesetzes erklärt und demgemäß als bedingungslos versicherungspflichtig erachtet. Dieser Standpunkt ist auch heute noch nicht verlassen. (Vgl. „Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen" Ziff. 38 und 43.)

Für den Begriff des Gehilfen ist es wesentlich,

daß er nur unter fremder Leitung arbeitet („Hilfe leistet"). „Wem durch Rechtsvorschrift ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen ist, innerhalb dessen er in der Hauptsache nach eigenem Ermessen und auf eigene Verantwortung zu handeln hat, ist kein Gehilfe mehr" (s. Anleitung Ziff. 38 Abs. 3), sondern „anderer Angestellter in ähnlich gehobener Stellung".

Es ist klar, daß sich zwischen den hier umschriebenen Gruppen der reinen „Gehilfen" und der „Angestellten in ähnlich gehobener Stellung" noch verschiedene weitere Gruppen befinden, deren Tätigkeitsbereich und deren Art der Beschäftigung sich erheblich über die Aufgaben eines reinen Gehilfen erhebt. Unter diese Zwischengruppen fällt ohne Zweifel ein großer, wenn nicht der größte Teil der heute bei Staats- und Gemeindebehörden im Bürodienst tätigen Vertragsangestellten. Ihre Zuteilung zu der Gruppe der in § 1226 Abs. I oder Ziff. 2 genannten Personenkreise hängt nun ausschließlich von der Art der ihnen übertragenen Arbeit, d. h. davon ab, ob sie nur Hilfe unter fremder Leitung leisten oder ihnen ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen ist, in welchem sie in der Hauptsache unter eigener Verantwortung tätig sind (vgl. Seelmann, „Invalidenversicherungspflicht der Büroangestellten" in ArbVers. 1922 Nr. 8 S. 115). Nur dies allein ist maßgebend, nicht etwa die amtliche Bezeichnung des Angestellten, nicht seine Entlohnung, nicht seine Einweisung in eine bestimmte Gehaltsgruppe oder Tarifklasse, nicht die ihm zugebilligte Kündigungsfrist, nicht die Stellung, die der Betrieb, dem er angehört, im Staats- und Wirtschaftsleben einnimmt, nicht die lediglich aus disziplinären Gründen bei Behörden erfolgende Vereidigung, nicht der Umstand, daß mit mehr oder weniger großer Sicherheit auf die Überführung in ein Beamtenverhältnis gerechnet werden kann, nicht die Frage, ob der Einstellung eine Prüfung vorangeht, nicht ob die Arbeit eine höhere oder niedere, mechanische oder nicht mechanische Tätigkeit darstellt, vor allem aber auch nicht, ob der Angestellte auch nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versichert ist oder nicht.

Denn das Versicherungsgesetz für Angestellte hat hinsichtlich der Versicherungspflicht für Büroangestellte eigene Rechtsgrundsätze, die von denen der Invalidenversicherung wesentlich verschieden sind. Dies hat seine Ursache darin, daß das Versicherungsgesetz für Angestellte in seinem die Gruppen der versicherten Personenkreise festlegenden § 1 nicht dem Aufbau des § 1226 RVO. folgt, sondern aus der Gruppe der dort unter die bedingungslos versicherungspflichtigen Personen fallenden Bürohilfsarbeiter die „Büroangestellten, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden", herausnimmt und unter die der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte unterliegenden „Angestellten in ähnlich gehobener Stellung" einreiht. Damit räumt es diesen nun aber nicht auch auf dem Gebiete der Invalidenversicherung den gleichen Charakter ein. Es zieht vielmehr nur die logische Schlußfolgerung aus der gerade mit Rücksicht auf die Büroangestellten miterfolgten Schaffung einer Sonderversicherung, da sonst andernfalls weite Kreise der Büroangestellten aus der von ihnen gewünschten besonderen Versicherungsart herausgefallen wären. Die sich so ergebende Doppelversicherung ist bewußt beibehalten worden, um diesen Angestellten, die auf Grund ihrer Entlohnung zumeist nur in die niedersten Gehaltsstufen der Angestelltenversicherung gelangten, die Vorteile einer zweifachen Versicherung zu geben. Sie konnte aber auch nicht vermieden werden, da, wie oben bereits ausgeführt, die Erledigung von über die reine Gehilfentätigkeit hinausgehenden Arbeiten, solange sie unter Leitung dritter Personen und unter Ausschaltung eigener Verantwortlichkeit erfolgt, auf dem Gebiete der Invalidenversicherung den Anspruch auf die Annahme einer für „Angestellte in ähnlich gehobener Stellung" in Betracht kommenden Tätigkeit nicht schafft.

Die für Büroangestellte sich ergebende und, wie erwähnt, auch gewollte Doppelversicherung stieß so lange auf keine Schwierigkeiten, als die wirtschaftlichen Verhältnisse der Friedenszeit fortbestanden, unter denen die Entlohnung der Angestellten im allgemeinen und der hier in Frage stehenden Gruppen der Büroangestellten im besonderen eine sehr niedrige war und in der Regel auch die „Angestellten in ähnlich gehobener Stellung" nicht mehr als 2000 M. an Entgelt im Jahre verdienten, also der Invalidenversicherungspflicht unterlagen. Erst als mit der fortschreitenden wirtschaftlichen Teuerung die Gehälter und Löhne in ungekanntem Maße sich steigerten, Arbeiter wie Angestellte daher immer mehr in die höchsten der gleichfalls dem Sinken des Geldwertes angenäherten Lohnstufen und Beiträge gelangten, wurde seitens der Angestellten, zumeist aus finanziellen Gründen, der Frage ihrer Zugehörigkeit zu den einzelnen Versicherungszweigen weitergehende Beachtung geschenkt. Es dürfte auch keinem Zweifel unterliegen, daß in dem hier zur Entscheidung stehenden Falle neben Fragen des Standesinteresses gerade auch wirtschaftliche Erwägungen den Ausschlag zur Anhängigmachung des Streites gegeben haben. Erwägungen der genannten Art können aber für die Stellungnahme des mit der Auslegung des Gesetzes betrauten Richters nicht maßgebend sein, sie fallen allein in die Zuständigkeit des Gesetzgebers. Solange dieser nicht das Gesetz als solches ändert, haben für die Prüfung der hier in Streit stehenden Frage lediglich die Grundsätze des geltenden Rechts Maß zu geben.

Beurteilt man nun von diesen aus die Zugehörigkeit der Vertragsangestellten des Finanzamts II zu den Personengruppen des § 1226 Abs. I Ziff. 1 oder 2 RVO., so ergibt sich folgendes:

Nach den über die Tätigkeit der einzelnen Vertragsangestellten gemachten Erhebungen ergibt sich, daß im wesentlichen 12 Arbeitsgebiete in Frage kommen, wobei in der Regel eine Verwendung auf mehreren dieser Gebiete stattfindet. Diese Gebiete sind folgende: a) Bescheide schreiben und Listen führen . . . (hier folgen die Namen der so Beschäftigten); b) Beihilfe im Kassendienst . . . ; c) Bearbeitung der Kartothek . . . ; d) Anlegung und Abschließen von Heberegistern, Einrechnen in solche . . ; e) Formularmäßige Entgegennahme von Anträgen . . . ; f) Registraturtätigkeit . . . ; g) Journalführung . . . . ; h) Verarbeitung von Markenbüchern . . . ; i) Maschinenschreiben, Stenographieren . . . ; k) Ein- und Auslauf . . . ; l) Telephonbedienung . . . ; m) Einsteuerung . . .

Die Art und Weise der hier erforderlichen Arbeitstätigkeit läßt ohne weiteres, auch wenn die Erklärung des Finanzamtes II nicht vorliegen würde, ersehen, daß es sich um Hilfstätigkeiten handelt. Zweifel könnten lediglich bei der Betätigung des Vertragsangestellten Str. auftauchen, dem die Ermächtigung erteilt ist, ganz einfache Steuerfälle von Arbeitern und Angestellten, bei denen Bedenken nicht bestehen, zu erledigen; aber ganz abgesehen davon, daß auch dies nur unter Anleitung und Aufsicht eines Beamten geschieht, ist er daneben noch mit reinen Hilfstätigkeiten, wie Bescheide schreiben, Aufnehmen von Rückvergütungsanträgen usw. beschäftigt, so daß auch bei ihm wie bei den anderen Angestellten überwiegend der Charakter als Hilfsbeamter angenommen werden muß. Diese Annahme wird auch durch die Einreihung in die Vergütungsgruppen des Reichsteiltarifs gestützt. Dieser umfaßt in Gruppe I: Angestellte im Büro-, Registratur-, Buchhalter- und Kassendienst mit vorwiegend mechanischer Tätigkeit; Gruppe II: Angestellte im Büro-, Registratur-, Buchhalter- und Kassendienst mit einfacherer Tätigkeit; Gruppe III: Angestellte im Büro-, Registratur- und Kassendienst, soweit nicht anderweit eingereiht; Gruppe IV: Angestellte im Büro-, Registratur- und Kassendienst mit gründlichen Fachkenntnissen und selbständigen Leistungen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die hier in Frage stehenden Tätigkeiten keinen Anspruch darauf erheben können, i. S. der Leistungen der vorstehend genannten IV. Gruppe gewertet zu werden. Ohne das Vorhandensein von Fachkenntnissen bei den in Betracht kommenden Angestellten bezweifeln zu wollen, muß das Versicherungsamt doch angesichts der Auskünfte des Finanzamts II die Anerkennung selbständiger Leistungen ablehnen. Es kann dahingestellt bleiben, ob die überwiegende Einreihung der Angestellten in Tarifgruppe I zutreffend ist, nachdem doch auch das Finanzamt die Tätigkeit nicht als vorwiegend mechanische bezeichnet. Auf jeden Fall kann aber nur eine Einreihung in Gruppe II oder III in Betracht kommen. Angestellte, die unter diese Gruppen fallen, müssen aber als Gehilfen i. S. des § 1226 Abs. I Ziff. 1 RVO. erachtet werden. Dies gilt auch für die Tarifangestellten der Gruppe III. Denn, wie Seelmann (a. a. O. S. 116) mit Recht ausführt, werden von ihnen gründliche Fachkenntnisse und selbständige Leistungen nicht verlangt, sie sind also unselbständig, d. i. unter Leitung und Aufsicht eines Dritten stehend, und damit Gehilfen.

Auch der weitere Einwand, daß die gleichen Beamtenkategorien versicherungsfrei seien, und daß gleiche Tätigkeit auch einen Anspruch auf gleiche Rechte gebe, geht fehl; denn die Versicherungsfreiheit der Beamten des Reichs, der Länder und der Gemeinden beruht nicht auf ihrer Tätigkeit oder ihrer Stellung als Beamte, sondern in dem Umstande, daß ihnen die Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenversorgung in einem gewissen Mindestbetrage gewährleistet ist (vgl. § 1234 RVO.). Bleibt die gewährleistete Versorgung unter diesem Mindestbetrage, so sind auch Beamte versicherungspflichtig. Entfällt die Gewährleistung einer Versorgung überhaupt, so gelten auch für Beamte hinsichtlich der Versicherungspflicht die gleichen Grundsätze, wie sie vorstehend für die Angestellten dargelegt sind, und es dürften dann wohl viele Beamte unter die Versicherungspflicht fallen, die unter den gegenwärtigen gesetzlichen Verhältnissen ihre Tätigkeit als eine schon ihrer Art nach versicherungsfreie betrachten.

Das gleiche gilt hinsichtlich der Anschauung der Angestellten, daß die ihnen in Aussicht stehende Übernahme in den etatsmäßigen Dienst ihre Versicherungsfreiheit begründe. Nach § 1235 Ziff. 1 RVO. besteht die Versicherungsfreiheit für „Beamte des Reichs, der Länder, der Gemeinden usw., solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden.“ Wie das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung 2592 vom 4. Juni 1920 (Amtl. Nachr. 1920 S. 386) bereits ausgesprochen hat, fallen hierunter nicht Dienstanwärter, d. i. „Beamte im Werdezustand“, sondern nur solche Personen, die bereits Beamteneigenschaft besitzen. Nachdem den Vertragsangestellten die Beamteneigenschaft mangelt, entfällt schon aus diesem Grunde ihre Versicherungsfreiheit.

Eine besondere Beurteilung bedurfte es noch hinsichtlich der Vertragsangestellten Karl R. und Georg W., für welche die Möglichkeit der Versicherungsfreiheit nach § 1235 Ziff. 2 RVO. besteht. Danach sind versicherungsfrei Personen des Soldatenstandes (Militäranwärter), die eine der in § 1226 RVO. bezeichneten Tätigkeiten während der Vorbereitung zu einer bürgerlichen Beschäftigung ausüben, auf die § 1234 RVO. anzuwenden ist. Unter den heutigen staatspolitischen Verhältnissen erscheint es zweifelhaft, ob und wie weit es überhaupt noch „Personen des Soldatenstandes“ im Sinne dieser Bestimmung gibt. Bis zur Aufhebung der allgemeinen Wehrpflicht in Deutschland waren darunter Personen zu verstehen, die auch während der vorbereitenden Berufstätigkeit

ihre Soldateneigenschaft beibehielten und nach Beendigung des Vorbereitungsdienstes wieder zur Truppe zurückkehrten, sei es, weil sie nicht sofort übernommen werden konnten, sei es, weil sie den an sie zu stellenden Forderungen nicht genügten (vgl. auch Düttmann, Kommentar, Bd. IV, 2. Aufl., S. 33 Anm. 7 zu § 1235 RVO.). In diesem Sinne können die Genannten nicht mehr als „Personen des Soldatenstandes" angesehen werden. Nachdem aber die Landesversicherungsanstalt über diesen Mangel hinwegsieht, erachtet es auch das Versicherungsamt aus allgemeinen Zweckmäßigkeitsgründen für angebracht, die Tatsache, daß es sich um Militäranwärter handelt, als solche genügen zu lassen, um Karl R. und Georg W. als Personen des Soldatenstandes anzusehen.

Der Umstand, daß § 1235 Ziff. 2 RVO. solchen Personen die Versicherungsfreiheit nur dann zugesteht, wenn sie für eine bürgerliche Beschäftigung vorbereitet werden, auf die § 1234 RVO. Anwendung findet, setzt voraus, daß ihnen die Aufnahme in diese bürgerliche Beschäftigung sichergestellt ist. Denn der Zweck des § 1234 RVO. ist es, Personen, die wegen einer baldigen Aufnahme in eine versicherungsfreie Tätigkeit bei einer bis dorthin bestehenden Versicherungspflicht die Wartezeit doch nicht erfüllen könnten, von der Beitragsentrichtung zu entlasten. Besteht jedoch die Sicherheit einer solchen Aufnahme nicht, so würde der Zweck der gesetzlichen Bestimmung in sein Gegenteil umschlagen, da der Angestellte bei einer Nichtaufnahme in die nach § 1234 RVO. versicherungsfreie Stellung dann erst mit der Markenentrichtung zu beginnen hätte und daher viel später die Wartezeit erfüllen würde. Diese erforderliche Bestimmtheit der Aufnahme in den Staatsdienst besteht nur bei Karl R. Es konnte daher auch nur er als versicherungsfrei angesehen werden. Georg W. dagegen unterliegt ebenso wie die übrigen Vertragsangestellten aus den oben angeführten Gründen der Versicherungspflicht.

b)

Die Gründe der Entscheidung vom 27. 4. 22 sind durch entsprechende allgemeine Ausführungen eingeleitet, wie die Entsch. zu a) v. 25. 3. 22; daran schließen sich folgende Erwägungen:

. . . Die Tätigkeit einer Schreibmaschinistin oder Stenotypistin ist ihrer Art nach eine Gehilfentätigkeit. Erst die Umstände, unter denen sie ausgeübt wird, können es mit sich bringen, daß der innegehabte Posten als ein „gehobener" i. S. des § 1226 Abs. I Ziff. 2 RVO. zu betrachten ist. Dies wird dann der Fall sein, wenn von seinem Inhaber nicht nur die gewöhnlichen mit der Eigenschaft als Stenotypistin verbundenen Kenntnisse (Bedienung der Schreibmaschine, Aufnahme und Übertragung von Stenogrammen, Abschriftnahme von Korrespondenzentwürfen usw.) gefordert werden, sondern wenn darüber hinaus auch eine gewisse selbständige Verantwortung für die Erledigung der übertragenen Arbeiten, z. B. Sorge für den Auslauf der Korrespondenz, Beiholung der entsprechenden Vorgänge, Wahrung der Termine, selbständiges Entwerfen der Korrespondenz oder sonstiger Schreiben nach allgemeinen Angaben, selbständiges Ausfertigen von Rechnungen, Kontis usw. gegeben ist.

Das Versicherungsamt ist der Anschauung, daß die Tätigkeit von Stenotypistinnen in Anwaltskanzleien im allgemeinen und die Beschäftigung der Beschwerdeführerin in der Kanzlei der Rechtsanwälte Dr. S. und S. im besonderen diese Bedingungen erfüllt und daß daher die Versicherungspflicht auf dem Gebiete der Invalidenversicherung nur nach § 1226 Abs. I Ziff. 2, Abs. 2 RVO. gegeben, damit aber im vorliegenden Falle die Versicherungsfreiheit begründet ist.

Es folgert dies aus den Angaben des Rechtsanwalts Dr. S. im Schreiben vom 22. Februar 1922, aus denen sich ergibt, daß die Beschwerdeführerin keineswegs ausschließlich oder überwiegend mit den einfachen Tätigkeiten einer Stenotypistin beschäftigt war, sondern auch durchaus selbständige Arbeiten zu verrichten hatte. Dabei war sie für die Erledigung beider Geschäftsgebiete persönlich verantwortlich und besaß im Ausfluß dieser ihr übertragenen Verantwortlichkeit selbständige Anordnungsbefugnis gegenüber einem Teile des übrigen Kanzleipersonals.

Das Versicherungsamt ist sich bewußt, daß es bei dieser Anerkennung der Beschwerdeführerin als einer Angestellten in gehobener Stellung im Sinne des § 1226 Abs. I Ziff. 2 RVO. von dem in seinem Beschluß vom 25. März 1922 Nr. 279 J in Sachen Invalidenversicherung der beim Finanzamt II München beschäftigten Vertragsangestellten eingenommenen Standpunkt abweicht; dies geschieht aber nicht unter Änderung seiner Rechtsauffassung bei an sich gleicher Sachlage, sondern mit Rücksicht auf die nach Anschauung des Versicherungsamts grundsätzlich verschiedene Beurteilung, welche das Tätigkeitsgebiet von in der Berufsbezeichnung gleichen Personengruppen bei ihrer Beschäftigung bei Behörden oder bei Privaten zu erfahren hat.

Bei Behörden pflegt das Aufgabengebiet jedes Beschäftigten streng abgegrenzt zu sein. Die Fülle der anfallenden Arbeit, ihre Verschiedenheit, das Maß der zu ihrer Erledigung erforderlichen Vorbildung, wie vor allem der Umfang des zur Bearbeitung vorhandenen Personals führt zu einer mehr schematischen Einteilung der Beschäftigungsgebiete. Aus einer größeren Anzahl seitens verschiedener Personen betätigten Einzel-(Hilfs-)leistungen setzt sich bei Behörden erst das Resultat dieser Arbeit zusammen. Bei Privatbetrieben entfällt, soweit nicht sachliche Unterschiede (z. B. Bürodienst einerseits, Handelsabteilung anderseits) in Betracht kommen, diese strenge Abgrenzung. Den in der jeweiligen Abteilung beschäftigten Personen wird in der Regel die gesamte Erledigung der in ihrem Tätigkeitsgebiet

anfallenden Arbeiten von ihrem Eingang bis zur unterschriftsreifen Fertigung des Auslaufs, sowie die Überwachung dieses letzteren übertragen. Es obliegt ihnen vor allem die selbständige Erledigung aller zwischen Eingang und Auslauf sich ergebenden Zwischentätigkeiten zu eigener Verantwortung; in vielen Fällen, so vor allem in kaufmännischen Betrieben, werden nur allgemeine Richtlinien gegeben, auf Grund deren dann die Arbeiten selbst zu Ende zu führen sind. Es hängt dies mit dem im Privatbetriebe in ungleich stärkerem Maße als im staatlichen Bürobetriebe üblichen Brauche zusammen, zur selbständigen Erledigung der anfallenden Arbeiten das mittlere und evtl. auch das untere Personal in ausgiebigem Maße heranzuziehen. Daher ergibt sich auch die Tatsache, daß der Privatbetrieb in der Regel viel höhere Anforderungen an die Geschäftsgewandtheit der von ihm beschäftigten Personen zu stellen und im allgemeinen weniger ausgesprochenes Bürohilfspersonal zu beschäftigen pflegt als der Staatsbetrieb.

Selbstverständlich wird hier wie dort die endgültige Entscheidung in der anfallenden und die Überprüfung der gefertigten Arbeit in einer Hand bleiben. Je mehr wissenschaftliche Vorbildung hierbei erforderlich ist, je stärker wird auch der Anteil der leitenden Persönlichkeit an der Erledigung der Arbeit sein. Trotzdem wird auch hier, wie z. B. im Anwaltsbetrieb, die Tendenz der ganzen Beschäftigung des mittleren Personals auf weitestgehende Selbständigkeit in der Erledigung jeder für es geeigneten Arbeit gerichtet sein, eine Tendenz, die dem behördlichen Organismus heute noch ziemlich fremd ist.

Es ist klar, daß die Tätigkeit des hier einschlägigen Personals trotz aller ihm eingeräumten Selbständigkeit den Charakter einer Hilfstätigkeit nicht verliert. Denn letzten Endes ist alle Arbeit, die erst in der Billigung eines Dritten durch Beifügung von dessen Unterschrift ihre (Tätigkeit) endgültige Erledigung findet, „Hilfstätigkeit". Das Versicherungsrecht spannt aber den Rahmen der Gehilfentätigkeit nicht so weit, es beschränkt ihn vielmehr, wie bereits oben erwähnt, auf mehr oder minder große Unselbständigkeit in ihrer Ausübung. Sobald einem Angestellten „durch Rechtsvorschrift" oder, wie hier mit der gleichen Rechtswirkung gesagt werden kann, „durch Anordnung seitens der leitenden Stelle" ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen ist, innerhalb dessen der Beschäftigte in der Hauptsache nach eigenem Ermessen und auf eigene Verantwortung, d. i. ohne ständige fremde Leitung handelt, fehlt seiner Tätigkeit eben der Gehilfencharakter.

Da dies, wie wiederholt erwähnt, im vorliegenden Falle zutrifft, war die Beschwerdeführerin als höhere Angestellte und, nachdem ihr Jahresarbeitsverdienst während ihrer Beschäftigungszeit in der Kanzlei der Rechtsanwälte Dr. S. und S. unbestrittenermaßen 2000 M. an Entgelt überstieg, gemäß § 1226 Abs. 1 Ziff. 2, Abs. 2 RVO. als versicherungsfrei zu erachten. Gleichzeitig war gemäß § 210 Abs. 4 AVG. zu der Frage der Versicherungspflicht der Antragstellerin nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte Stellung zu nehmen, eine Frage, die im Hinblick auf § 1 Abs. 1 Ziff. 2 Abs. 2 AVG. und das Vorliegen der dort gestellten Voraussetzungen bei der Beschwerdeführerin unbedenklich zu bejahen war.

Sprechsaal.

Zur „Feststellung" des Anspruchs auf Wochenfürsorge nach § 18 des Wochenhilfegesetzes in der Fassung des Gesetzes vom 29. 7. 21.

Der angeführte § 18 lautet: „Der Antrag auf Wochenfürsorge ist bei dem Versicherungsamt zu stellen. Dieses nimmt die nach § 17 erforderlichen Feststellungen vor. Die Auszahlung geschieht auf Anweisung des Versicherungsamts durch die allgemeine Ortskrankenkasse, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin liegt, und wo eine solche Kasse nicht besteht, durch die Landkrankenkasse."

Die „Deutsche Landkrankenkasse" bringt hierzu im Heft 10 vom 16. 5. 22 Sp. 226 folgende Erläuterung:

„Der Grund dafür, daß das Gesetz vom 29. Juli v. J. dem Versicherungsamt statt der Krankenkasse die Vornahme der für den Anspruch auf Wochenfürsorge erforderlichen Feststellungen übertragen hat, lag nach der Begründung darin, daß nach den bisherigen Erfahrungen die Krankenkassen häufig nicht in der Lage sind, die Voraussetzungen dafür mit genügender Sicherheit festzustellen, ob eine Person minderbemittelt im Sinne des Gesetzes ist. Die Feststellung des Versicherungsamts soll sich danach auf das Vorliegen der Voraussetzungen für die Wochenfürsorge, nicht aber auf deren zahlenmäßige Bemessung im Einzelfall erstrecken. Das Versicherungsamt ist gar nicht in der Lage, diese letztere im voraus zu übersehen. Der Pauschbetrag für die Entbindung steht allerdings gesetzlich fest, ebenso die Höhe des Wochen- und Stillgeldes. Dagegen ist die Dauer des Bezugs für Wochen- und Stillgeld nicht von vornherein sicher. Das Kind kann vorher sterben, die Mutter kann das Selbststillen unterlassen oder vorzeitig unterbrechen. Es bedarf ferner der Feststellung, ob im Einzelfalle Hebammenhilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden überhaupt geleistet worden ist, was keineswegs durchweg der Fall sein wird. Die Prüfung aller dieser Fragen ist

Sache der mit der Wochenfürsorge beauftragten Krankenkasse, die hier nicht eine bloße Zahlstelle im engsten Wortsinne sein soll. Für das Versicherungsamt würde sich die Durchführung der Wochenfürsorge im einzelnen noch schwieriger gestalten, sobald gemäß Art. V des Gesetzes vom 29. Juli 1921 die Arzthilfe bei der Geburt in Natur geleistet wird. Ob ärztliche Behandlung bei Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich war, hat die Krankenkasse zu prüfen. Außerdem wird die Höhe der Vergütung für den Arzt zur Zeit der Erteilung der Anweisung durch das Versicherungsamt häufig noch gar nicht feststehen. Dazu kommt, daß für die Bemessung dieser Vergütung vielfach die von der einzelnen Krankenkasse mit den Ärzten für die Kassenmitglieder selbst vereinbarten Sätze maßgebend sein werden."

Es ist nicht ersichtlich, ob diese Ausführung eine Ansicht der Schriftleitung wiedergibt oder aus welcher anderen — etwa amtlichen? — Quelle sie stammt. Jedenfalls ist die Ausführung mit äußerster Vorsicht aufzunehmen. Allerdings weist Satz 2 des § 18, für sich allein betrachtet, dem Versicherungsamt s c h e i n b a r nur die nach § 17 erforderlichen Feststellungen zu. Aber wenn nach Satz 1 der Antrag auf Wochenfürsorge bei dem Versicherungsamt zu stellen ist und Satz 3 ausdrücklich nur besagt, daß die „Auszahlung" auf Anweisung des Versicherungsamts durch die örtliche zuständige Orts- oder Landkrankenkasse geschieht, so kann dies kaum anders verstanden werden, als daß die Kasse „nur" mit der Auszahlung des Betrages nach Anweisung des Versicherungsamts zu befassen ist, dem danach nicht nur die Feststellung der allgemeinen Voraussetzungen, sondern auch die Feststellung der Höhe des Anspruchs obliegt. Unter den Voraussetzungen des § 17 erhält die Wöchnerin „eine Wochenfürsorge". Dieser unbestimmte Ausdruck erhält seinen eigentlichen Inhalt erst durch den § 19, der Art und Umfang der zu gewährenden Leistungen zahlenmäßig umschreibt. Die im § 18 enthaltene Verweisung auf § 17 ist daher auf den § 19 mit zu beziehen. Eine „Anweisung" des Versicherungsamts ohne Feststellung und Bezeichnung des zu zahlenden Betrages wäre keine Anweisung zur „Auszahlung". Die Kasse darf eine solche Anweisung nicht beachten, wie sie anderseits die Anweisung eines bestimmten Betrages nicht auf die zahlenmäßige Richtigkeit nachzuprüfen hat und nicht wegen vermeintlicher Unrichtigkeit beanstanden darf.

So wird die Rechtslage offenbar auch aufgefaßt von H o f f m a n n, Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (4. Aufl.). Er bemerkt zu § 18 in Anm. 1, daß die Kasse nur auf Anweisung des Versicherungsamts zahlen darf, wenn sie die Ausgaben vom Reich erstattet haben will; ferner in Anm. 2, daß die Kasse gegenüber dem Reich durch die Anweisung des Versicherungsamts völlig gedeckt ist. Das ist richtig; diese völlige Deckung der Kasse setzt aber selbstverständlich voraus, daß das Versicherungsamt auch den auszuzahlenden Betrag feststellt und anweist.

Die Zweckmäßigkeitserwägungen, die in der Ausführung der „Landkrankenkasse" hiergegen vorgebracht werden, hätte der Gesetzgeber v o r dem Erlasse des Gesetzes anstellen müssen; sie können nicht eine mit der Fassung des Gesetzes unverträgliche Auslegung rechtfertigen. **D i e K a s s e n h a b e n a l l e n A n l a ß, d i e i h n e n d u r c h s o l c h e A u s l e g u n g z u g e m u t e t e V e r a n t w o r t u n g v o n s i c h z u w e i s e n.**

Steht dem Übergang des Ersatzanspruchs aus § 1542 RVO. seine Unpfändbarkeit entgegen?

Im Heft 13 der „Arbeiter-Versorgung" vom 1. Mai 1922 wird in einer Auskunft Nr. 7 nach Immigrath über den Ersatzanspruch einer Krankenkasse bei Verletzung eines Versicherten durch ein Kraftfahrzeug die Auffassung vertreten, daß der durch Entrichtung einer Geldrente zu leistende Schadensersatzanspruch wegen des Vermögensnachteils, den der Verletzte in seiner Erwerbsfähigkeit oder durch Vermehrung seiner Bedürfnisse erlitten hat, nicht verwirklicht werden könne, da der Anspruch auf die Rente wegen Geringfügigkeit des Betrages nach § 850 Abs. 3 der Zivilprozeßordnung nicht pfändbar und daher nach §§ 400, 412 BGB. auch nicht auf die Krankenkasse übertragbar sei. Diese Auffassung halte ich nicht für zutreffend.

Der den Übergang der Schadensersatzansprüche der Versicherten auf die Versicherungsträger regelnde § 1542 RVO. steht nach seiner Zweckbestimmung zu den §§ 400 und 412 BGB. im Verhältnis einer besonderen Norm (lex specialis) zur allgemeinen (lex generalis). Hieraus folgt, daß der § 850 Abs. 3 ZPO. in Verbindung mit §§ 400, 412 BGB. für die Schadensersatzansprüche der Versicherungsträger nicht durchgreift. Diese Auffassung hat auch Rechtsanwalt Dr. F u l l in seiner Abhandlung „Verhältnis des § 151 LUVG. (§ 1542 RVO.) zu § 850 Abs. 3 ZPO., §§ 843, 400, 412 BGB.", veröffentlicht in der „Arbeiter-Versorgung" 1913 S. 13/14, vertreten. Auch im Kommentar H a n o w - L e h m a n n zum V. Buch der Reichsversicherungsordnung wird unter Hinweis auf diese Abhandlung der gleiche Standpunkt eingenommen (s. 3. vermehrte Auflage des Kommentars, S. 123, Anm. 16 Abs. 4 zum § 1542 RVO.).

Nach meinen Erfahrungen haben in sehr vielen Schadensfällen die Krankenkassen nur für verhältnismäßig kurze Zeiten Krankengeld zu gewähren, für das sie keinen Ersatz bekommen könnten, wenn die in der Auskunft vertretene Rechtsauffassung zutreffend wäre. Einen derartigen Ausfall zu tragen, kann m. E. den Kassen billigerweise nicht zugemutet werden. Wegen der erheblichen Bedeutung, die der § 1542 RVO. für die Versicherungsträger im allgemeinen hat, dürfte sich eine Berichtigung der Auskunft empfehlen.

D r i n g e n b e r g (Bochum),
Leiter der Rechtsabteilung des Allgemeinen Knappschaftsvereins.

Wir halten nach erneuter Erwägung das vorstehende Bedenken für begründet.

Zur Haftung des Ehemanns für Versicherungsbeiträge der Frau.

Die wirtschaftliche Not zwingt jetzt mehr denn je die Ehefrauen durch Erwerb für die Bestreitung des Lebensmittelunterhaltes der Familie beizutragen. Es verlohnt sich deshalb einmal der Frage nachzugehen, in welchen Fällen die Krankenkasse ihre Beitragsforderung gegen die Ehefrau von dem Ehemanne beitreiben kann. Der Aufsatz in Nr. 12 S. 332 der „Ortskrankenkasse" läßt die Meinung aufkommen, daß in jedem Falle der Ehemann für die Beitragsschuld seiner Frau hafte. Dieser Schluß geht fehl, wie durch das Nachstehende bewiesen werden soll.

Die Grundlage für die Prüfung der Frage bildet § 1385 BGB. Hiernach ist der Ehemann der Frau gegenüber verpflichtet, „für die Dauer der Nutznießung und Verwaltung die der Frau obliegenden öffentlichen Lasten mit Ausschluß der auf dem Vorbehaltsgute ruhenden Lasten zu tragen."

Zunächst müssen die Eheleute im gesetzlichen Güterstande leben, d. h. es darf nicht durch Ehevertrag die Nutznießung und Verwaltung des Ehemannes ausgeschlossen sein. Alle Abweichungen vom gesetzlichen Güterstande wirken Dritten (also auch den Krankenkassen) gegenüber nur, wenn sie ihnen bekannt oder in das sog. Güterrechtsregister bei dem Amtsgerichte, in dessen Bezirk der Ehemann seinen Wohnsitz hat, eingetragen sind (§ 1435 BGB.), so daß man ohne Schwierigkeit die erste Voraussetzung für das Vorgehen gegen den Ehemann prüfen kann. Ist im Güterrechtsregister eine Eintragung nicht vorgenommen, so muß man weiter feststellen, ob die Beitragsforderung „eine auf dem Vorbehaltsgute ruhende öffentliche Last" ist. Nach § 1367 BGB. ist Vorbehaltsgut u. a. „was die Frau durch ihre Arbeit oder durch den selbständigen Betrieb eines Erwerbsgeschäftes erwirbt". Eine Beitragsforderung, die sich auf eine Mitgliedschaft nach § 165 RVO. (im Falle des § 398 Abs. 1), § 176 Abs. 1 Ziff. 3 oder § 442 RVO. gründet, ist eine auf dem Vorbehaltsgute ruhende öffentliche Last, auf die sich nach den erwähnten §§ 1367 und 1385 BGB. die Haftung des Ehemannes keinesfalls erstreckt. (Vgl. auch Staudinger zu § 1385 BGB.)

Der Ehemann haftet demnach nur für eine Beitragsschuld seiner Ehefrau aus einer Mitgliedschaft nach § 176 Ziff. 1 oder § 313 RVO., weil diese Beitragsforderungen mit dem Erwerbe vom Vorbehaltsgut nicht zusammenhängen. Die Haftung ist eine gesamtschuldnerische, d. h. es steht im Belieben der Kasse, ob sie gegen den Ehemann oder gegen die Ehefrau vorgehen will (vgl. hierzu §§ 421, 1388 BGB.). Eines besonderen Schuldtitels bedarf die Kasse nicht. Die Vollstreckungsbehörden haben dem Antrage der Kasse auf Pfändung, insbesondere auch auf Lohnpfändung stattzugeben.

W. Voigtberger, Beamter der OKK. Leipzig-Land.

Zu vgl. noch die Auskunft hier Jahrg. 1918 S. 278 Ziff. 1a.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Anspruch eines Erwerbslosen aus § 214 RVO. in Verbindung mit § 311 RVO.

1. **Nach Wolfenbüttel.** Antwort: Arbeitsunfähige bleiben nach § 311 RVO. Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat, also gegebenenfalls auch über die Dauer ihres versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses hinaus. Sie scheiden erst dann aus der Kasse aus, wenn deren Leistungspflicht endet. Erst mit diesem Ausscheiden beginnt daher die Frist von drei Wochen, innerhalb deren, bei fortdauernder Erwerbslosigkeit, ein Versicherungsfall eingetreten sein muß, um einen neuen Anspruch auf Kassenleistungen nach § 214 RVO. zu begründen. Demgemäß ist im Falle der Anfrage der Anspruch auf Wochenhilfe (§ 195a RVO.) nach § 214 in Verbindung mit § 311 RVO. gerechtfertigt.

Dauer der Familienhilfe über die Kassenmitgliedschaft hinaus.

2. **Nach Soran N.-L.** Antwort: Es ist ein Grundsatz, daß mit der Erkrankung bei bestehendem Versicherungsverhältnisse der Anspruch auf die Kassenleistungen für die volle gesetzliche oder satzungsmäßige Dauer entsteht (zu vgl. die Entscheidungen bei Hahn, Anm. 2 f zu § 183 RVO.), so daß der Anspruch auch fortdauert, wenn vor Ablauf der Unterstützungszeit die Kassenmitgliedschaft endet. Es ist nicht einzusehen, weshalb dies nicht auch für die Familienhilfe gelten sollte. Denn auch in diesem Falle ist der Versicherte Träger des Anspruchs, und er erwirbt ihn daher durch die Erkrankung seines Familienangehörigen gleichfalls für die volle satzungsmäßige Dauer, gegebenenfalls auch über die Beendigung seiner Kassenmitgliedschaft hinaus; es kann nur, weil die Familienhilfe eine Mehrleistung ist (§ 179 RVO.) durch die Satzung bestimmt werden, daß der Anspruch mit dem Ausscheiden des Versicherten aus der Kasse endet (zu vgl. ArbVers. 1922 Heft 3 S. 48 Ziff. 8).

a) Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zwischen Bruder und Schwester? b) Schließt Abfindung des Unfallverletzten auch den Anspruch auf Krankenbehandlung bei Verschlimmerung der Unfallfolgen aus?

3. **Nach Sinzig.** Antwort: a) Wenn das Landgericht den beiden Schwestern des Verstorbenen — die für ihn bis zum 1. 5. 18 die Arbeiten im Haushalt verrichteten und dafür freien Unterhalt und gelegentlich Geschenke, nicht aber einen Barlohn empfingen — jetzt nach dem Tode des Mannes einen Barlohn von 25 M. für den Monat zugesprochen hat, so ist das für die Kasse und für die Versicherungsbehörden nicht bindend in dem Sinne, daß sie nun auch ein versicherungsrechtliches Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 165 RVO. annehmen müßten. Sie haben vielmehr frei zu prüfen, ob die Beschäftigung im Haushalt des verstorbenen Bruders nicht etwa auf Grund des Familienverhältnisses und der zwar nicht rechtlich begründeten, aber doch natürlichen und sittlichen Pflicht zu wechselseitiger Unterstützung stattfand, ohne daß die Schwestern dadurch in ein wirtschaftliches oder persönliches Abhängigkeitsverhältnis zu ihrem Bruder traten und ohne daß dasjenige, was er ihnen gewährte, den Charakter eigentlichen Lohnes annahm. Wenn aber das Versicherungsamt sich der Auffassung

des Landgerichts anschließt und annimmt, daß überhaupt ein versicherungsrechtliches Beschäftigungsverhältnis bestand, so ist dieses Verhältnis und folglich die auf ihm beruhende Beitragspflicht des Verstorbenen als Arbeitgebers (§ 393 RVO.) mit der Entlassung der beiden Schwestern nicht beendet worden, sondern sie dauerte, weil weder eine Anmeldung noch eine Abmeldung erfolgte, fort bis zu seinem Tode (§ 397 Abs. 1 RVO.). Die bis dahin fällig gewordenen Beiträge können noch jetzt von seinen Erben erhoben werden, soweit sie nicht etwa nach § 29 Abs. 1 RVO. verjährt sind. Nach dieser Vorschrift verjährt der Anspruch auf Rückstände, da absichtliche Hinterziehung nach Ihrer Angabe nicht vorliegt, in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit. Rückständig sind alle Beiträge, die bis zum letzten Zahltage, der in die Lebenszeit des Arbeitgebers fiel, nicht bezahlt worden sind. Inwieweit hiernach die Beitragsforderung etwa verjährt sein mag, läßt sich nicht sagen, da Sie den Todestag des Arbeitgebers nicht angegeben haben.

b) In dem Bescheide, der eine Kapitalabfindung des Unfallverletzten (§§ 616, 617 RVO.) feststellt, ist der Berechtigte darauf hinzuweisen, daß er nach der Abfindung keinen Anspruch auf „Rente" mehr habe, auch wenn sich die Unfallfolgen verschlimmern sollten (§ 1583 Abs. 2 RVO.). Diese Fassung scheint die Annahme nahe zu legen, daß, wenn der Verletzte nach der Abfindung von neuem an Folgen des Unfalls erkrankt, ein Anspruch auf „Krankenbehandlung" nach § 558 Ziff. 1 RVO. und folglich auch ein Anspruch der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft auf Ersatz für Krankenpflege (§ 1501 Abs. 2, § 1503 RVO.) keineswegs ausgeschlossen ist. Dies ist aber nicht zweifelsfrei (zu vgl. Reitzel in ArbVers. 1922 Heft 4 S. 53 Sp. 2). Wir möchten empfehlen, es auf den Austrag der Sache im Spruchverfahren (§ 1515 Abs. 2) ankommen zu lassen.

Beitrittsrecht der nach § 169 Abs. 1 RVO. versicherungsfreien Beamten (§ 176).

4. **Nach Breslau.** Antwort: Es ist richtig, daß gemäß unserer Auskunft im Heft 13 S. 207 Ziff. 3 auch alle dortigen Beamten, soweit sie nach § 169 RVO. versicherungsfrei sind und ihr jährliches Gesamteinkommen 40 000 M. nicht übersteigt, das Beitrittsrecht haben (§ 176 RVO. in der Fassung des § 5 Ges. v. 28. 12. 21).

Anspruch auf Rückgabe der von dem Geschäftsführer einer Kasse hinterlegten Bürgschaft?

5. **Nach G.** Frage: Von unserem Geschäftsführer wurde 1906 eine Bürgschaft von 3500 M. in Goldmark gefordert und hinterlegt. Derselbe fühlt sich durch das Festhalten dieses Betrages bis jetzt geschädigt, da letzterer durch die Geldentwertung fast unter die Hälfte eines jetzigen Monatsgehaltes gesunken ist. 1906 hatte die Bürgschaft einen Wert des doppelten Jahresgehaltes. Bekanntlich sind die Gehälter der Beamten im Verhältnis zum Friedenswert ganz erheblich gesunken. Die Bürgschaft durch Rücklagen vom Gehalt auf den durch die Geldentwertung höheren Betrag zu erhalten, war mit Rücksicht auf den vorhergehenden Satz unmöglich. Wir erkennen an, daß der Beamte einen großen Schaden erlitten hat, ob aber die Kasse verpflichtet ist, diese Vermögensschädigung zu tragen, bezweifeln wir sehr und bitten wir Sie daher um Auskunft.

Antwort: Wir können nicht ersehen, inwiefern der Geschäftsführer „geschädigt" und die Kasse zu einer Entschädigung verpflichtet sein sollte.

Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft als ärztliche Behandlung.

6. **Nach Neustadt, O.-S.** Antwort: Es kann nicht mit Grund bezweifelt werden, daß die wegen Lebensgefahr der Schwangeren gebotene künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft durch Eingreifen eines Arztes als ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 RVO. anzusehen ist, weil der regelwidrige Verlauf der Schwangerschaft eine Krankheit darstellt und der Eingriff des Arztes auf Beseitigung des krankhaften Zustandes und der damit verbundenen Gefahr abzielt.

Sterbegeld aus der Krankenversicherung beim Tode eines Kriegsbeschädigten.

7. **Nach Berlin.** Frage: Bei der Gewährung des Sterbegeldes an kriegsbeschädigte ausgesteuerte Kassenmitglieder sind Zweifel darüber entstanden, ob die Krankenkasse oder das Versorgungsamt zur Zahlung des Sterbegeldes verpflichtet ist. Das Mitglied wurde mit dem 12. 2. 22 auf Grund der Kassensatzung und RVO. ausgesteuert. Da es sich bei dem behandlungsbedürftigen Leiden um Folgen einer anerkannten Kriegsdienstbeschädigung handelte, wurde die weitere erforderliche Heilbehandlung über die 26. Woche hinaus mit Genehmigung des Versorgungsamts nach dem Reichsversorgungsgesetz 1920 auf Kosten des Reiches gewährt. Am 1. 5. 22 verstarb das Mitglied an seinem Kriegsleiden. An sich war, da der Verstorbene binnen einem Jahre nach Ablauf der Krankenhilfe an derselben Krankheit (Kriegsleiden) verstarb und bis zum Tode arbeitsunfähig gewesen ist, die Krankenkasse zur Zahlung des satzungsmäßigen Sterbegeldes nach § 202 RVO. verpflichtet. Es fragt sich aber, ob diese Zahlungspflicht nicht auf das Versorgungsamt überging, nachdem von diesem die Krankenfürsorge nach Ablauf der satzungsmäßigen Kassenhilfe übernommen war. Hat die Krankenkasse einen Ersatzanspruch an das Versorgungsamt, das nach § 34 RVG. Sterbegeld zu zahlen hat, oder sind die §§ 586 bzw. 1502 RVO. hier nicht anwendbar?

Antwort: Ist die Voraussetzung des § 202 RVO. gegeben, so hat die Krankenkasse das Sterbegeld zu gewähren, unabhängig davon, daß der Verstorbene ein Kriegsbeschädigter war, dem die Kasse nach seiner Aussteuerung Krankenhilfe nur noch auf Kosten des Reichs zu gewähren hatte. Das folgt aus § 34 Abs. 4 RVG., wonach ein auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften, also namentlich auch ein auf Grund der RVO. zu zahlendes Sterbegeld auf den Betrag des Versorgungssterbegeldes nur anzurechnen ist. Das schließt einen Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen das Reich aus. Die §§ 586, 1502 RVO. betreffen die Unfallversicherung und ihr Verhältnis zur Krankenversicherung, sind also im vorliegenden Falle ohne Bedeutung.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1356 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. Juni 1922 | Heft 18

Die Deutsche Sprache im Schriftverkehr der Behörden.

Von Landesrat Helms in Lübeck.

Daß die Behörden nicht gerade in dem Rufe stehen, ein besonders gutes Deutsch zu schreiben, ist bekannt. Wo aber die Fehler stecken, darüber hört man wenig, am wenigsten in der Fachpresse der öffentlichen Verwaltung, wo es vielleicht gerade am ehesten auf fruchtbaren Boden fallen und auf die Praxis Einfluß üben könnte. Darum möge es gestattet sein, an dieser Stelle, die sonst den Fragen des Faches gewidmet ist, einige Bemerkungen über das Behörden-Deutsch und seine Fehler zu machen. Sie richten sich an alle Beamten, obere wie mittlere und untere, denn in dieser Hinsicht sind wir allzumal Sünder. Ich weiß selbstverständlich, daß ein Verwaltungsschreiben keine Stilübung ist und nicht gern allzusehr stilistisch berichtigt werden will. Um so wichtiger ist es, daß möglichst schon der erste Entwurf die Fehler vermeidet, die die Schriftsprache der Verwaltung zum „Behörden-Deutsch" machen. Allzu schwer ist das im Grunde nicht, wenn man nur weiß, welche Klippen man zu meiden hat. Was ich an Beispielen bringe, habe ich zumeist in meinem gegenwärtigen Amte aufgelesen, ich betone aber ausdrücklich und aus vieljähriger Kenntnis anderer Dienststellen, daß man hier durchaus nicht schlechter schreibt als bei anderen Behörden. Jeder Blick in die Schreiben anderer Behörden lehrt, daß es dieselben Fehler sind, die immer wiederkehren, hüben wie drüben, hier wie dort; weiterer Belege dafür (beiläufig: nicht „Beläge"!) bedarf es wohl nicht.

Auch die Behörde soll, darüber besteht wohl Einvernehmen, nicht anders schreiben, als wie man gut und richtig spricht. So gilt für das geschriebene Wort wie für das gesprochene, daß es knapp und klar, straff und deutlich, sicher und fest sein soll. Gerade das Bureaudeutsch aber ist vielfach so umständlich und weitschweifig, so ungefüge und unanschaulich. Das ist zum Teil wohl noch ein Erbe vom Spätlatein und vom Zopfstil her. Zum Teil mag das auch von Schwierigkeiten des Inhalts herrühren, denn die Verwaltung hat es viel mit unanschaulichen Dingen, mit Rechtsbegriffen und Rechtsverhältnissen zu tun, auch viel mit Förmlichkeiten aller Art; daher vielleicht die Vorliebe für abstrakten, unanschaulichen Ausdruck, für künstliche Hauptworte (Begriffsform!), für manche umständlichen Wendungen. Notwendig ist das aber alles nicht. Auch in Verwaltungssachen kann man ein gutes Deutsch schreiben — es ist sogar nicht übermäßig schwer.

Von den einzelnen Fehlertypen stelle ich als Quell alles Übels voran die „Passiv-Seuche". Das Behördendeutsch zeigt eine schwer verständliche Abneigung gegen die einfache Aktivform des Zeitworts und eine große Vorliebe für das Passivum. Das Passivum in allen Ehren da, wo es hingehört; aber das Handeln vom Standpunkt des Handelnden aus zu bezeichnen

gebührt ihm nicht. Wenn jemand auf die Frage, was er am Sonntag gemacht habe, antwortet: „Es ist von mir ein Ausflug gemacht worden", so ist das verschroben. Im Amtsverkehr kann man aber täglich lesen: „Es ist von uns beschlossen worden . . .". „Der Anspruch auf Rente ist anerkannt worden"*), muß ich täglich vielmals unterschreiben, weil es so im Vordruck steht, — als ob das Anerkenntnis erlittenes Erlebnis (wessen?) und nicht bewußte Tat wäre. „Es kann von uns nur dann für Sie eingetreten werden" liest man statt: „wir können nur dann für Sie eintreten. „Derartige Kosten (besser solche Kosten oder Kosten dieser Art) dürfen nach dem Gesetz nur dann getragen werden" (wir dürfen solche Kosten nur dann übernehmen). „Zu diesem Bescheide ist von seiten der Eheleute X. Stellung nicht genommen worden" statt „haben sie keine Stellung genommen". Beispiele dieser Art lassen sich beliebig häufen und werden im folgenden noch vielfach wiederkehren.

Mit der Vorliebe für das Passiv hängt der zweite Fehlertyp, die „u n g" - S e u c h e, eng zusammen. Kehrt man die Handlung, wider die Natur, ins Passive, so verliert man den Handelnden als grammatisches Satzsubjekt und muß sich nun mühsam ein künstliches Subjekt an Stelle des natürlichen schaffen; dazu dienen dann schwerfällige und unschöne Verbalsubstantive auf „ung". „Ihre Unterbringung ist von uns beschlossen worden" heißt es da statt: „wir haben beschlossen, Sie unterzubringen", „Um Berichtigung der Rechmung wird gebeten" statt: „wir bitten die Rechmung zu berichtigen"; „darüber hinaus findet eine Steigerung nicht statt" — „Darüber hinaus steigt es nicht" sagt doch genau dasselbe. Dabei tritt die merkwürdige Abneigung gegen die schlichten, guten Verbalformen stark hervor: „Zur Kostentragung bereit" schreibt man statt: „bereit, die Kosten zu tragen", ohne Gefühl dafür, was für ein langweiliges, schwerfälliges Wort „Kostentragung" ist; „Benachrichtigung des X. durch Erteilung einer Abschrift" verfügt man statt „Nachricht durch Abschrift" oder bloß: Abschrift dem X.; „Die spätere Markenverwendung ist nicht ausreichend" statt: „Die später verwendeten Marken reichen nicht aus"; „um nunmehrige Anerkennung wird gebeten" statt: wir bitten nunmehr anzuerkennen". „Im Falle unterlassener Beitragsleistung" schreibt man, nur um den — doch gar nicht längeren — Nebensatz zu vermeiden: „Falls die Beitragsleistung unterbleibt" oder noch besser: „falls keine Beiträge geleistet werden"; „eine kurzfristige Unterbringung kann nicht erfolgen" statt: auf kurze Frist können wir Sie nicht unterbringen. Ja, so groß ist die Vorliebe für das „ung", daß die Akten an die Abteilung gehen „zur Entwerfung des Bescheides" statt: zum Entwerfen (Entwurf bedeutet das fertige Ergebnis des Entwerfens). Dem häßlichen „Zahlbarmachung" bin ich hier nicht begegnet, ebensowenig der nicht minder schlimmen „Tätigung" eines Vertrages, einer Ableitung in dritter Potenz (Tat — tätig — tätigen [schlecht!] Tätigung). Selbstverständlich liegt es mir ganz fern, die Verbalsubstantive auf „ung" überhaupt zu verpönen; Dutzende, ja Hunderte von ihnen gehören zum täglichen, guten, unentbehrlichen Sprachgut. Nur dagegen wende ich mich, daß man ihnen auf Kosten des Verbums selbst und auf Kosten der Gefälligkeit und Kraft der Sprache so stark den Vorzug gibt.

Eng mit den beiden besprochenen Fehlergruppen hängt eine dritte zusammen, die an und für sich nicht von so großer Bedeutung ist. Indem man das natürliche Subjekt durch das Passiv verdrängt und das natürliche Prädikat, das Verbum, in Substantivform zum Subjekt macht, braucht man ein Füllwort als Verbum und kommt so zu vielfach schwerfälligen zusammengesetzten Wendungen. „Die

*) Überdies ist auch die Zeitform falsch. Das Anerkennen geschieht im Bescheid und durch ihn, daher ist genau nur das Präsens: „Wir erkennen an" — wenn man denn überhaupt neben der Bewilligung der Rente das Anerkenntnis, das in der Bewilligung notwendig enthalten ist, besonders herausheben will. Dagegen schreibt das Oberversicherungsamt in den Urteilsgründen richtig: „Der Berufung w a r stattzuyeben," denn die Stattgabe ist geschehen und vollendet in dem mündlich verkündeten und damit bindend und maßgebend gewordenen Urteil; die Urteilsniederschrift berichtet und begründet das nur.

Erledigung unseres Schreibens wird in Erinnerung gebracht" heißt es da statt: „Wir bitten zu erledigen." Da „werden Erwägungen angestellt über die Einführung einer neuen Einrichtung" statt: „wir erwägen, ob", usw.; da „wird Mitteilung gemacht von der erfolgten Unterbringung des Kindes" statt: „wir teilen mit, daß wir das Kind untergebracht haben". Da zieht man „Anweisung erteilen" dem einfachen „anweisen" vor — es ist kurz und gut, darum gilt es nichts. Aber auch hier wende ich mich ausdrücklich nur gegen Übertreibungen, gegen die Sucht, den nächsten, einfachsten, schlichtesten Ausdruck zu vermeiden, insbesondere das Verbum, das doch Kern und Kraft der Sprache ist, über Gebühr zurückzudrängen. Daß auch die zusammengesetzten Wendungen oft genug am Platze sein können, sei gern betont. Insbesondere halte ich z. B. „Antrag stellen" für besser als „beantragen" mit seinem unschönen Zusammenstoß der Vokale; aus demselben Grunde „Auftrag geben" für besser als beauftragen (man sollte übrigens das einfache „auftragen" nicht vergessen; wie viel kräftiger klingt „ich trug ihm auf" mit der alten starken Konjugationsform als das schwächliche „ich beauftragte ihn") und „Nachricht geben" für besser als das schwerfällige „benachrichtigen" mit seinen Anhängseln vorn und hinten.

Auch die vierte Fehlergruppe steht im Banne der ersten. Macht man durch den Gebrauch des Passivs die Handlung als Verbalsubstantiv zum Subjekt, so bedarf man des Umstandswortes, das zum natürlichen Verbum gehört hätte, als Eigenschaftswort für das künstliche Subjekt, und bildet flugs die schönsten Eigenschaftsworte von Adverben und adverbialen Bestimmungen. Diesseits und dortseits mag man ja gelten lassen; überflüssig sind sie wohl stets, wenn man das Passiv vermeidet, denn statt „diesseits wird anerkannt" wird „wir erkennen an" wohl immer genügen. Von den Adverbien diesseits und dortseits nun aber noch die Adjektive „diesseitig" und „dortseitig" zu bilden und von Rentenbezug von der „diesseitigen" Anstalt zu sprechen (statt: von hier, von uns) oder einen Fall zur „dortseitigen Kenntnisnahme" zu bringen („dort" „zur Kenntnis" wäre kurz und gut) ist entschieden sprachwidrig, und ganz schlimm ein Ersuchen um „dortseitige Zusprechung der diesseitigen Beihilfe" — gemeint ist: die übliche Beihilfe (für unsere Rechnung) zu zahlen; die beiden gerügten Ausdrücke sind stets mühelos zu entbehren oder zu ersetzen. Ebensowenig sind das „dortige" Versicherungsamt (statt: das VA. dort) und der „dortseitige" Anspruch (statt: „der von dort erhobene" oder einfach: Ihr Anspruch) zu billigen*), oder „polizeilicherseits", ferner die „postseitige" Mitteilung, die so einfach durch „Mitteilung der Post" zu ersetzen ist — ein „von seiten" einzuschalten ist ganz überflüssig. Die „nunmehrige Anerkennung" habe ich bereits oben behandelt. „Die Anträge fanden eine anderweitige Erledigung", ist auch nicht gut, wenn es auch im Jahresbericht des größten Sozialversicherungsträgers zu lesen steht; wäre man beim einfachen Verbum geblieben („erledigten sich anderweit"), so hätte man das verfehlte Adjektiv zu bilden nicht nötig gehabt. „Zurzeitige Ziele" las ich kürzlich in der „Sozialen Praxis" als eine sprachliche Entgleisung in einem sonst wohlgeschriebenen Aufsatz. „Antwortlich Ihres Schreibens" ist ebenso häßlich wie überflüssig, auch „hinsichtlich" ist nicht gut. Und zu guter Letzt: Ausweislich — „nämlich ist dämlich", sagte uns Prof. Cauer, als ich in der Quarta saß: ich möchte ergänzen, und hoffe, daß es ebenso gut haftet: „Ausweislich ist scheußlich!" „Nach Ausweis" ist einwandfrei, „nach" oder „in" genügen meist auch.

Die bisher behandelten Gruppen standen, wie gezeigt, in innerem Zusammenhang, dessen Wurzel letzten Endes die Passiv-Seuche war. Was ich jetzt noch hervorzuheben habe,

*) Das Bedürfnis nach all diesen Ausdrücken mag z. T. auch einer gewissen Scheu entspringen, auf Vertreter juristischer Personen das persönliche Fürwort anzuwenden. Doch wüßte ich nicht, was dem im Wege stünde, etwa an den Vorstand einer Krankenkasse zu schreiben: Wir können Ihnen nicht zustimmen; Sie erkennen an . . . In Ihrer Rechnung fehlt der Posten . . . Die Behörde spricht ja doch auch von sich selbst, je nach ihrer Organisation, als „ich" oder „wir".

sind einige Einzelheiten; den Anspruch, vollständig zu sein, erhebt diese Skizze keinesfalls. Da möchte ich zunächst die merkwürdige Abneigung gegen das Fürwort „kein" nennen. „Die Genannte (besser: sie) hat Rente von uns nicht bezogen" liest man und erwartet nun, da nur das Beziehen verneint ist, Auskunft darüber, was sie denn sonst mit der Rente gemacht hat, wenn sie sie nicht bezogen hat; tatsächlich sollte aber das „Rentebeziehen" verneint werden, das heißt auf deutsch aber: sie hat keine Rente bezogen. Ebenso in dem oben bereits gebrauchten Beispiel: „. . . ist Stellung nicht genommen worden" — was ist denn sonst mit der Stellung geschehen, wenn sie nicht genommen worden ist? Gemeint ist natürlich: haben sie keine Stellung genommen.

Daß die Fremdwörter auf dem Rückzuge sind, ist auch sonst schon festgestellt worden; möge mit ihnen allmählich auch der Fremdworterſatz „bzw." (statt resp.) verschwinden, der sich fast immer mühelos durch „und" oder „oder" ersetzen läßt.

Auch das Kaufmannsdeutsch wirkt in einigen Fällen schädlich hinüber in die Verwaltung, so besonders mit der unleidlichen Inversion nach „und" — „und sind wir in der Lage" — „und vermögen wir nicht zuzugeben . . ." — die für jedes feinere Sprachempfinden beim Lesen jedesmal als ein Stein des Anstoßes wirkt. Hier bin ich ihr freilich wenig begegnet, früher oft. Auch das „M. 20" statt „20 M." ist nichts als kaufmännische Unsitte.

Schließlich möchte ich noch auf ein paar Überflüssigkeiten hinweisen, die abzutun geboten wäre. Da ist zunächst das „wollen" nach den Worten bitten, auffordern, ersuchen usw., die den Appell an den Willen bereits enthalten. „Wir bitten, uns mitteilen zu wollen, wir ersuchen, uns . . . senden zu wollen" soll anscheinend höflicher sein als „. . . uns mitzuteilen" — „uns zu senden", aber auf Kosten der Sprachrichtigkeit höflich sein zu wollen, ist stets verfehlt, und ein schlichtes, gutes Deutsch ehrt Empfänger wie Absender mehr als schlechte Höflichkeitswendungen. Endlich sei noch die Unsitte erwähnt, ein Schreiben zu beginnen: „Wir benachrichtigen Sie hierdurch, daß . . ."; den Hauptinhalt muß man dann in einen Nebensatz packen und erzielt dabei leicht einen schönen Schachtelsatz. Daß es sich aber um eine Nachricht handelt, weiß der Empfänger doch, wenn er den Brief in der Hand hat, ohne daß ihm das schwarz auf weiß vorgelegt zu werden braucht — oder will man etwa andeuten, daß man ihn für so dumm hält, das sonst nicht zu tun?

Noch vieles ließe sich im einzelnen sagen. Doch ich breche ab, denn ich fürchte, meine Leser haben den lästigen Schulmeister schon längst satt. Freilich, nicht die Neigung zum Schulmeistern hat mir die Feder in die Hand gedrückt, sondern Liebe zur Sprache. Wir sollten uns bewußt sein, daß sie, das unentbehrliche Arbeitsgerät des Kopfarbeiters, kein toter Mitteilungsmechanismus ist, den man beliebig schlecht behandeln kann, solange nur der Verständigungszweck glatt erreicht wird, sondern ein lebendes wertvolles Gut. Sie als solches zu hegen und zu pflegen, ist auch ein Teil der Wendung nach innen, die uns nach dem äußeren Zusammenbruch so bitter not tut*).

Anmerkung der Schriftleitung: Was der Herr Verfasser hier über das Behördendeutsch bemerkt hat, sei auch den Fachzeitschriften zur Beachtung empfohlen. In ihnen findet man die gleichen Verstöße gegen den Geist unserer Sprache und die gleiche Vorliebe für ein geschwollenes Deutsch, außerdem aber manche ihnen besonders eigene Sprachunsitten und Fahrlässigkeiten, und zwar seltsamerweise meistens gerade an den auffallendsten Stellen, nämlich in den Überschriften. Dergleichen kommt überall vor, auch in der „Arbeiter-Versorgung", und wir werden für Hinweise darauf dankbar sein. Wir hoffen danach, keinem Mißverständnis ausgesetzt zu sein, wenn wir uns auf einige Beispiele aus anderen Zeitschriften beschränken. Da ist zunächst die Verbindung von Hauptwörtern in der Überschrift durch „und" zu erwähnen. Damit soll angedeutet werden, daß Gegenstand der Erörterung ein bestimmtes Verhältnis zwischen den durch die Hauptwörter gekennzeichneten Subjekten sein soll. Wenn die Überschrift lautet: „Krankenkassen und Ärzte", so weiß jeder, den es angeht, um was es sich handelt. Aber wenn über einer Notiz steht „Schwester und Arzt" (Landkrankenkasse 1921

*) Auf die Wichtigkeit, die Vordrucke, wenn sie eingeführt oder neu gedruckt werden, in Bezug auf die Sprache nachzuprüfen, möchte ich besonders hinweisen; sie gehen täglich zu Tausenden ins Volk und tragen viel schlechtes Deutsch mit hinaus.

S. 269), kann leicht einer zunächst denken „ei, ei!" Das sollte vermieden werden. Ebenso sollten unklare Zusammenstellungen, bei denen man sich nichts oder irgendwas Beliebiges vorstellen kann, vermieden werden, z. B.: „Diagnose und Krankenkassen" (Ortskrankenkasse 1922 Sp. 118). Wenn jemand einen Aufsatz überschreibt: „Krankenversicherung, Unfallversicherung und Militärversorgung", so sind drei parallele Begriffe aneinander gereiht, und der Leser empfängt alsbald eine rein sachliche Vorstellung von dem, was er erwarten darf. Wenn aber die Überschrift lautet: „Unfallversicherung, Militärversorgung und Unterleibsbrüche" (MonSchr. f. Arb. u. Angest.-Vers. 1920 S. 203), so ist die erste Wirkung ein Schreck oder ein Lachreiz; man denkt etwa an „Donner und Doria" oder an einen alten Kasernenhoffluch. Scherzhaft wirkt auch die Überschrift „Eigenwirtschaftliche Betätigung und kein Betriebsunfall" (Zentralbl. der Reichsversichg. 1921 Sp. 151).

Einige Fahrlässigkeiten anderer, zum Teil recht erheiternder Art seien noch angeführt. „Der Mittagsgang als Betriebsunfall" (es handelte sich um einen Unfall auf dem Wege zum Mittagessen. Zentralbl. 1920 Sp. 662). „Die Versicherung der Nichtbetriebsunfälle in der Schweiz" (daselbst Sp. 663) erinnert an ein Strafurteil, das den Angeklagten freisprach „wegen Nichtgekannthabens der Unterwierzehnjährigkeit des verführten Mädchens". — „Mangelhaftes Kleben der Invalidenmarken im ganzen Lande" (das. Sp. 763). Wer danach etwa die Empfehlung eines besseren Klebstoffs erwartet, irrt sich. „Versicherungspflicht der Kleiderfabriken für die ersten Zuschneider" (das. 1921 Sp. 715). „Operation eines Bruches im luxemburgischen Krankenversicherungsrecht" (das. 1921 Sp. 558). Wir hatten bis dahin angenommen, daß auch in Luxemburg Bruchoperationen regelmäßig im Krankenhause stattfinden. Ferner: „Ist ein künstliches Gebiß unfallversicherungsberechtigt?" (das. 1920 Sp. 93) — ein niedliches Thema etwa für eine Arbeit im sozialrechtlichen Seminar. Schließlich glauben wir, unseren Lesern noch die betrübliche Tatsache nicht verschweigen zu dürfen, daß (nach der Überschrift einer Entscheid. in Mon.-Schr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. 1922 Sp. 77) ein Malerlehrling „eine Gasexplosion erlitten hat".

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Lehrling oder Fachschülerin?

Entscheidung des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 23. März 1922 (10 420 A. K. 21).

Gründe.

Frau E. P. hat mit dem Buchbindermeister K. einen Lehrvertrag abgeschlossen, nach welchem sie als Buchbinderlehrling angenommen worden ist; die Lehrzeit soll zwei Jahre betragen. Vorher hat sie nach ihrer Angabe bereits ein Jahr lang bei einer Frau S. das Buchbindereihandwerk erlernt. Der neue Lehrherr K. meldete Frau P. bei der Ortskrankenkasse an. Diese wies jedoch die Anmeldung zurück, weil Frau P. nicht in einem Buchbindereibetriebe, sondern in der Fachschule der Buchbinder arbeite, der K. in der staatlichen Kunstklasse dieser Fachschule unterrichtet; Frau P. sei daher Fachschülerin, nicht Lehrling und folglich nicht versicherungspflichtig. Das Versicherungsamt hat in diesem Sinne entschieden mit folgender Begründung:

.... Die Antragstellerin beruft sich darauf, daß die Lehrlingsausbildung auch in einer Fachschule erfolgen könne, und ihr Meister K., der zugleich Lehrer in der Kunstklasse der Buchbinderfachschule sei, bilde sie dort als Buchbinderlehrling aus. Die Antragstellerin meint damit augenscheinlich die Bestimmung im § 129, Abs. 4 der Gewerbeordnung, die lautet: „Die Zurücklegung der Lehrzeit kann auch in einem dem Gewerbe angehörenden Großbetriebe erfolgen und durch den Besuch einer Lehrwerkstätte oder sonstigen Unterrichtsanstalt e r s e t z t werden." In diesem Falle ist der Unterwiesene aber nach allgemeiner Verkehrsauffassung nicht als Lehrling, sondern als Schüler anzusehen. Zu vgl. Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 27.5.18 (Amtl. Nachr. 1918 S. 453). Der Unterschied, so wird darin ausgeführt, liegt, wie auch die angeführte Begriffsbestimmung erkennen läßt, darin, daß der Lehrling zu seinem Lehrherrn in einem Beschäftigungsverhältnis steht, daß er nicht nur wie der Schüler, aus Gründen der Schulordnung zum regelmäßigen Besuche der Unterrichtsstunden, sondern während der Lehrzeit zur Arbeit im Betriebe des Lehrherrn verpflichtet ist. Demgemäß erfolgt auch die Unterweisung des Lehrlings bei Gelegenheit der Betriebstätigkeit, indem er zu den Arbeiten des ausbildenden Betriebes und dann nach Maßgabe des jeweiligen Grades seiner Leistungsfähigkeit beteiligt ist. In dem wirtschaftlichen Werte, den die Mitarbeit des Lehrlings zumal in der späteren Lehrzeit hat, besteht regelmäßig ganz oder teilweise die dem Lehrherrn zufließende Gegenleistung für die dem Lehrling erteilte Unterweisung. Im Gegensatz hierzu wird der Schüler nach einem bestimmten Lehrplan methodisch in schulmäßiger Weise ausgebildet. So ist z. B. der künftige Kaufmann oder Handlungsgehilfe solange nicht als Handlungslehrling zu betrachten, als er seine Ausbildung auf einer Handelsschule oder ähnlichen Bildungsanstalt erhält. —

Auch im vorliegenden Falle erfolgt die Unterweisung der Antragstellerin nach einem bestimmten Plane durch eine Lehrperson, sie erhält ihre Ausbildung an einer hauptsächlich dem Lehrzweck dienenden Anstalt, sie wird nicht in einem auf einen Wirtschafts- bzw. Erwerbszweck gerichteten Betriebe beschäftigt. Sie ist nach alledem nicht als Lehrling, sondern als Schülerin anzusehen. Als solche unterliegt sie aber nicht der Versicherungspflicht.

B. Zur Krankenversicherung.

Verhältnis des § 214 RVO. zum Anspruch aus der Erwerbslosenversicherung.

Urteil des **Oberversicherungsamts Berlin** v. 10. April 1922 (K. 3176/21. IV).

Daß Dora Sch. nach ihrem Ausscheiden aus der Berufungsklägerin (Allg. Ortskrankenkasse B.) nicht weiter freiwilliges Mitglied gewesen ist, ist nicht mehr streitig. Streitig ist vielmehr nur noch, ob ihr der § 214 RVO. neben dem Anspruch gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse W. noch einen Anspruch gegen die Berufungsklägerin gibt.

Da die Voraussetzungen des § 214 RVO. unstreitig erfüllt sind, würde die Dora Sch. Anspruch auf die Regelleistungen der Berufungsklägerin haben, wenn nicht — wie sie, die Berufungsklägerin, behauptet — der § 12 b der oben angezogenen Reichsverordnung die Bestimmungen dieses § 214 RVO. außer Kraft setzte. Die Entscheidung über die Berechtigung des Berufungsantrages hängt also, da die am Schlusse der angefochtenen Entscheidung aufgestellte Berechnung richtig ist, nur davon ab, inwieweit der § 214 RVO. von dem § 12 b der Reichsverordnung berührt wird. Der § 12 b der Reichsverordnung bestimmt in seinem 4. Absatze, daß die Vorschriften des § 214 RVO. insoweit nicht gelten, als nach ihnen dem Erwerbslosen — hier also Dora Sch. — neben den Ansprüchen auf die Leistungen der Kasse, bei der sie als Erwerbslose versichert ist, hier also die Allg. Ortskrankenkasse W., noch Ansprüche gegen eine andere Kasse — hier die Berufungsklägerin — zustehen würden.

Es kommt demnach lediglich darauf an, wie das Wort „soweit" auszulegen ist. Das Oberversicherungsamt ist der Ansicht des Vorderrichters gefolgt. Mit ihm hat es angenommen, daß es der Sinn des § 12 b der Reichsverordnung ist, zu verhindern, daß eine erwerbslose Versicherte doppelte Kassenleistungen erhält, nicht aber der, ihr den doppelten Anspruch gegen beide Kassen zu nehmen, so daß also an sich die Ansprüche gegen beide Kassen nebeneinander bestehen bleiben, aber der gegen die frühere, nach § 214 RVO. noch zu Leistungen verpflichtete Kasse insoweit wegfällt, als neben ihn — d. h. in gleicher Höhe — ein Anspruch gegen die Kasse der Erwerbslosenunterstützung getreten ist; mit anderen Worten, daß die frühere Kasse zu Leistungen verpflichtet bleibt, insoweit ihre Regelleistungen die pflichtmäßigen Leistungen der Erwerbslosenkasse übersteigt. Zugegeben muß werden, daß die Erwerbslosenversicherung an sich eine Pflichtversicherung ist, d. h. daß alle Erwerbslosen gegen Krankheit versichert sein müssen. Der Ansicht der Berufungsklägerin aber, daß mit dem Beginne der Erwerbslosenversicherung nach § 312 RVO. der Anspruch aus § 214 RVO. erlischt, kann nicht beigetreten werden. Der § 312 RVO. sieht ein Erlöschen der Mitgliedschaft bei einer Kasse für den Fall vor, daß ein nach den Bestimmungen der RVO. Versicherter Mitglied einer anderen Kasse wird; ein Erwerbsloser ist aber nach den Bestimmungen der RVO. überhaupt nicht versicherungspflichtig, sondern ist das erst durch die Bestimmungen der Reichsverordnung geworden; und der § 312 RVO. ist durch die Bestimmungen der Reichsverordnung unberührt geblieben.

Auch die Erwägung, daß Erwerbslose wirtschaftlich schlechter dastehen als Erwerbstätige und darum nicht angenommen werden kann, daß der Gesetzgeber sie hinsichtlich ihrer Ansprüche auf Kassenleistungen schlechter stellen wollte als jene, führte zu dieser Auslegung des Wortes „soweit"; denn Erwerbslose würden tatsächlich im obenerwähnten Sinne schlechter als Erwerbstätige dastehen, wenn der § 312 RVO. auch dann Anwendung finden sollte, wenn ein Erwerbsloser nach den Bestimmungen der RVO. versichert würde, d. h. wenn ein solcher in diesem Falle seiner Ansprüche aus § 214 RVO. völlig verlustig ginge.

Ebenso: ArbVers. 1921 S. 459 Ziff. 3.

Rücktritt der Ersatzkasse vom Versicherungsvertrage oder Ausschluß der Versicherten; Wirkung auf Ruhen der Rechte und Pflichten (§ 517 RVO.).

Entscheidung a) des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** v. 28. Mai 1921; b) des **Oberversicherungsamts Berlin** v. 29. November 1921.

a) Der Antragsteller — Arbeitgeber — hat eine Entscheidung darüber beantragt, welche Kasse in der Zeit vom 1. 10. 20 bis 26. 11. 20 für den bei ihm beschäftigten Willy L. zuständig sei, die Allgemeine Ortskrankenkasse oder die Kranken- und Begräbniskasse H. (Ersatzkasse). L., der am 29. 9. 20 in ärztlicher Behandlung stand, ist am 1. 10. 20 in die Ersatzkasse aufgenommen worden. Gleichzeitig hat er den Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten gemäß § 519 RVO. bei der Ortskrankenkasse gestellt. Diese Befreiung wurde auf seinen Antrag vom 29. 11. 20 wieder aufgehoben. Seit diesem Tage besteht unbestritten die volle Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse. Die Ersatzkasse hat nun den Versicherungsantrag vom 18. 11. 20 rückgängig gemacht, indem sie sich auf den § 4a Ziffer 1 ihrer Satzung stützt. Danach ist der Kassenvorstand berechtigt, von dem Versicherungsvertrage zurückzutreten, wenn das Mitglied den Voraussetzungen der Aufnahme gemäß § 2 Ziff. 1 und 5 der Satzung nicht entsprochen hat und diese Umstände, obwohl sie ihm bekannt waren, dem Vorstand nicht angezeigt hat.

Die Ortskrankenkasse hält diese Bestimmung für gesetzwidrig und nur den Ausschluß nach § 4 Ziff. 2 f der Satzung für angängig. Hiernach habe der Ausschluß zu geschehen, wenn das Mitglied bei seiner Aufnahme bestehende oder frühere Krank-

heiten verheimlicht oder absichtlich falsche Angaben über seinen Gesundheitszustand gemacht habe. Der Ausschluß sei ferner nach den Satzungsbestimmungen nur statthaft, wenn das Mitglied zur Zeit des Ausschlusses von dem Rechte des § 517 RVO. keinen Gebrauch gemacht habe und deshalb seine Rechte und Pflichten in der für ihn zuständigen Pflichtkasse nicht ruhten. Übrigens sei der Ausschluß auch nur für die Zukunft möglich. Andernfalls käme man zu unhaltbaren Zuständen. Das Versicherungsamt entschied, daß Rechte und Pflichten des L. bei der Ortskrankenkasse für die Zeit v. 1. 10. bis 26. 11. 20 ruhten. — Gründe:

Unbestritten ist, daß L. von der Ersatzkasse zum 1. 10. 20 aufgenommen worden ist. Weil er die Zugehörigkeit zu dieser Kasse nachgewiesen hatte, ist seinem Ruheantrag seitens der Allgemeinen Ortskrankenkasse stattgegeben worden, der mit dem 1. 10. 20 in Wirksamkeit trat. Erst am 26. 11. 20 hat er seinen Willen dahin kundgetan, daß er nicht weiter befreit sein wollte. Nun ist die Ersatzkasse auf Grund des § 4a Ziff. 1 ihrer Satzung von dem Versicherungsantrag zurückgetreten, weil L. bei seinem Eintritt von seiner bestehenden Erkrankung nicht Mitteilung gemacht hat. Diese Bestimmung des § 4a vermag auch das erkennende Versicherungsamt nicht als rechtsgültig anzusehen; hätte sie Gültigkeit, so wäre das Ruhen der Rechte und Pflichten überhaupt in Frage gestellt. Es kann nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben, dem Vorstand der Ersatzkasse die Möglichkeit zu geben, noch einen Monat nach Erlangung der Kenntnis von der unterlassenen Angabe einer Krankheit vom Versicherungsvertrage zurückzutreten, da alsdann die Versicherung noch nach Jahresfrist oder länger mit rückwirkender Kraft aufgehoben werden könnte. In diesem Falle würde die Mitgliedschaft bei der Zwangskasse wieder rückwirkend entstehen, was u. a. zur Folge hätte, daß die Arbeitgeber die vollen Beiträge für die ganze Zeit der Zwangskasse nachzahlen müßten, da eine Einziehung der Arbeitnehmerbeitragsteile sich nicht mehr ermöglichen lassen würde, weil das Beschäftigungsverhältnis oft schon gelöst sein wird. Die Ersatzkassen sollen ihrem Namen nach ein Ersatz für die Versicherung in den Zwangskassen bilden. Der Zweck der Ersatzversicherung wird aber nicht erreicht, wenn ihnen zugestanden wird, das Versicherungsverhältnis nach seinem Beginn wieder rückgängig zu machen. Der § 505 Abs. 2 RVO. bietet außerdem den Ersatzkassen die Möglichkeit, sich vor der Aufnahme erkrankter Mitglieder zu schützen; sie kann die sich zum Beitritt Meldenden untersuchen lassen und Erkrankte zurückweisen. Hätte die Ersatzkasse nach dieser Vorschrift im Falle L. gehandelt, so wäre eine Aufnahme von Anfang an unterblieben. Da diese Maßnahme unterlassen worden ist und der Beitritt vollzogen wurde, konnte nach Ansicht des Versicherungsamtes nur noch der Ausschluß gemäß § 4 Ziff. 2f erfolgen. Dieser ist aber nur statthaft, wenn das Mitglied zur Zeit des Ausschlusses von dem Rechte des § 517 RVO. keinen Gebrauch macht. Das hat L. aber getan; seinem Befreiungsantrage ist auch von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Folge gegeben worden. Darum ruhten auch seine Rechte und Pflichten nach § 517, bis er den Antrag auf Aufhebung der Befreiung stellte, also für die Zeit vom 1. 10. bis 26. 11. 20. Ein Ausschluß hätte demnach erst nach diesem Tage stattfinden können. — Bemerkt sei noch, daß zur Entscheidung über die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse nicht das Versicherungsamt, sondern das ordentliche Gericht zuständig ist.

b) Die angefochtene Vorentscheidung weist am Schlusse ihrer Gründe zutreffend darauf hin, daß zur Entscheidung über die Mitgliedschaft des L. zur Beschwerdeführerin nicht das Versicherungsamt zuständig ist. Auch für das Oberversicherungsamt gilt das. Es hatte also nur zu entscheiden, inwieweit durch den unstreitigen Tatbestand das Versicherungs- und Mitgliedschaftsverhältnis des L. zur Allgemeinen Ortskrankenkasse berührt wird. Die hierüber getroffene Entscheidung trifft zu. Zwar kann dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes darin nicht zugestimmt werden, daß die Bestimmung des § 4a der Satzung der Beschwerdeführerin rechtsungültig sei. Diese Bestimmung beruht auf den Vorschriften des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. 5. 1908 und ist darum zweifellos rechtsverbindlich. Damit ist aber nicht zugleich gesagt, daß die Auslegung, die die Beschwerdeführerin dieser Bestimmung gibt, richtig ist. Bei der von ihr gegebenen Auslegung würden in der Tat sich die vom Versicherungsamt angeführten unmöglichen Folgen ergeben, und darum hat das Oberversicherungsamt die Überzeugung gewonnen, daß das Gesetz über den Versicherungsvertrag und die Satzung der Beschwerdeführerin mit der Zulassung des Rücktritts vom Vertrage nur die Möglichkeit hat einräumen wollen, den geschlossenen Vertrag unter den in den Bestimmungen erwähnten Voraussetzungen fristlos zu kündigen, d. h. innerhalb eines Monats mit sofortiger Wirkung von dem Vertrage zurückzutreten, wenn die beiden Voraussetzungen des § 4a der Satzung erfüllt sind. Der Ausdruck „ist berechtigt vom Vertrage zurückzutreten" ist offenbar nur unglücklich gewählt. Es muß zugegeben werden, daß er bei wörtlicher Auslegung die Ansicht der Beschwerdeführerin unterstützt, denn in der Regel muß ein Vertrag, von dem eine der vertragschließenden Parteien zurücktritt, als gar nicht abgeschlossen gelten*); im vorliegenden Sonderfalle aber, wie in allen gleichliegenden Fällen, lassen die sich aus der wörtlichen Auslegung ergebenden Folgen eine wörtliche Auslegung nicht zu. L. muß also für die in Rede stehende Zeit wenigstens der Allgemeinen Ortskrankenkasse gegenüber als Mitglied der Beschwerdeführerin gelten.

*) Zu vgl. §§ 346 ff. BGB.

C. Zur Unfallversicherung.

Bei Prüfung des Zusammenhangs zwischen Krankheit und Unfall gilt nicht der Grundsatz in dubio pro reo.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 24. 2. 22.

(Ia 2373/21).

Sanitätsrat Dr. W. hat in seinem vorbezeichneten Gutachten in überzeugender Weise dargelegt, daß die Lungenentzündung, an welcher der am 15. November 1900 geborene Bergmann Julius P., am 10. Dezember 1916 ausweislich des Gutachtens des Sanitätsrats Dr. D. in Laer vom 3. August 1920 erkrankt ist, mit dem Betriebsvorgange vom 1. Dezember 1916 nicht im Zusammenhange steht, bei dem Julius P. infolge zu harten Aufsetzens eines Förderkorbs, in dem er sich mit anderen Bergleuten befand, eine Zusammenstauchung des Körpers erlitten hat. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht einmal, daß der vorerwähnte Betriebsunfall nur leicht gewesen ist. . . . Der Umstand, daß der Verunglückte am Tage nach dem Unfalle eine Frühschicht und in der darauf folgenden Nacht eine Nebenschicht verfahren hat, ergibt deutlich, daß der Unfall nicht schwer gewesen sein und insbesondere keine Verletzung der Lungen des Verunglückten herbeigeführt haben kann. Vollends wird letzteres durch das zur Aufnahme des Verunglückten in die Pensionskasse des Allgemeinen Knappschaftsvereins ausgestellte Gutachten des Sanitätsrats Dr. D. in Laer vom 7. Dezember 1916 erwiesen, in dem bescheinigt wird, daß der Verunglückte damals vollständig gesund gewesen ist und auch selbst über irgendwelche Beschwerden nicht geklagt hat. . . . Der Ansicht des Dr. W. in seinem vorbezeichneten Gutachten, man müsse, da der Unfall nicht mit Sicherheit für die Entstehung der Lungenentzündung an sich, auch nicht für die Verschlimmerung einer eventuell schon bestehenden Tuberkulose auszuschließen sei, nach dem Grundsatze in dubio pro reo den Zusammenhang zwischen dem Lungenleiden des P. und dem Unfall vom 1. Dezember 1916 bejahen, kann nicht beigepflichtet werden. Einen Grundsatz in dubio pro reo oder die sinngemäße Anwendung desselben gibt es im Bereiche des Verfahrens über Ansprüche aus der Arbeiterversicherung nicht, die Bejahung eines Zusammenhangs kann vielmehr nur erfolgen, wenn dem Gericht durch hinreichende Beweise bei freier Beweiswürdigung die Überzeugung vom Bestehen des Zusammenhangs positiv verschafft worden ist.

Anmerkung: Die römische Rechtsregel bedeutet, daß im Zweifel zugunsten des Beklagten (oder Angeklagten) entschieden werden soll. Der Einfall des „Sachverständigen", diesen Satz für den Verletzten nutzbar zu machen, der doch der Fordernde, der Kläger, ist, war schon deshalb ganz sinnlos.

Umfang der Kosten des Feststellungsverfahrens.

Entscheidung des **bayr. Landesversicherungsamts** v. 28. Mai 1921.

Die Bauersfrau F. hat am 8. April 1919 einen Betriebsunfall erlitten, den die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Y. entschädigt. Auf Veranlassung des Genossenschaftsvorstands wurde die Beschwerdeführerin am 3. November 1919 zum Bezirksarzt in K. zur Nachuntersuchung vorgeladen. Ungefähr 20 Kilometer des Hin- und Rückwegs mußte sie bei Sturm und Regen zu Fuß zurücklegen, im übrigen konnte sie die Bahn benützen. Die Folge der hierbei erlittenen Erkältung und Durchnässung waren ein Bronchialkatarrh und ein rotfleckiger Hautausschlag, die ärztliche Behandlung erforderten. Den Ersatz der hierdurch erwachsenen Arzt- und Apothekerkosten im Betrage von 28,60 M. hat die Berufsgenossenschaft und ebenso das angerufene Oberversicherungsamt versagt. Die weitere Beschwerde ist aber für teilweise begründet erachtet worden aus folgenden Gründen:

Die ärztliche Untersuchung der F. fand statt, um ihre durch den Betriebsunfall vom 8. April 1919 herbeigeführte Erwerbsbeschränktheit festzustellen. Wenn auch zur Winterszeit Katarrhe ohne besondere Erkältung einzutreten pflegen, so scheint es doch in hohem Maße wahrscheinlich, daß der bei Frau F. unmittelbar auf die Reise nach K. hin aufgetretene Bronchialkatarrh auf die damals erlittene Durchnässung zurückzuführen ist. Das gleiche muß von dem Hautausschlag als Folge der Erkältung gelten. Zwischen der im Interesse der Rentenfeststellung unternommenen Reise und der hierdurch hervorgerufenen Erkrankung besteht also zweifellos ein ursächlicher Zusammenhang. Hiergegen kann der Einwand der Berufsgenossenschaft, Frau F. hätte eine bessere Witterung abwarten sollen, nicht durchdringen. Der Umstand, daß sie der ausdrücklichen Vorladung zur Untersuchung pünktlich Folge leistete, kann nicht als schuldhaftes Verhalten ausgelegt werden. Die Beschwerdeführerin konnte sehr wohl der Ansicht sein, daß ein Ausbleiben nachteilige Folgen für ihre Unfallentschädigung haben werde. Die Berufsgenossenschaft ist daher verpflichtet, die durch jene Erkrankung erwachsenen Arzt- und Apothekerkosten im Gesamtbetrage von 28,60 M. zu bezahlen.

Nicht so steht es mit den Kosten für die Abnützung der Schuhe. Abgesehen davon, daß der durch die Abnützung entstandene Schaden zahlenmäßig nicht feststellbar ist — die Beschwerdeführerin gibt erst 15 Mark, dann 50 Mark

an —, muß mangels gesetzlicher Vorschriften den Versicherten zugemutet werden, die Kosten für Abnützung von Kleidung und Schuhwerk, die eine im eigenen wie im Interesse der Berufsgenossenschaft vorgenommene Reise notwendig mit sich bringt, selbst zu tragen. Es würde zu weit gehen, wollte man auch hierfür den Versicherungsträger haftbar machen.

Auch den Anspruch auf 5 Mark Verdienstentgang während der Abwesenheit vom 3. November 1919 ist nicht gerechtfertigt. Ein Beleg hierfür wurde nicht beigebracht. Frau F. verrichtet keinerlei Lohnarbeit, die sie hätte aussetzen müssen. Ihr Mann ist Landwirt; in der Landwirtschaft gibt es im November, mit Ausnahme der laufenden häuslichen Geschäfte, keine Arbeit, die sich nicht schadlos um einen Tag verschieben ließe.

(Breithaupt.)

D. Zur Militärversorgung.

Verordnung des Reichsarbeitsministers über die Einkommensgrenzen im Reichsversorgungsgesetze.

Vom 16. Mai 1922 (RGBl. S. 481).

Auf Grund des § 87 Abs. 2 des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989) wird mit Zustimmung des Reichsrates folgendes bestimmt:

I

Zu § 45 Abs. 2.

Die im § 45 Abs. 2 angegebene Grenze des einkommensteuerpflichtigen Jahreseinkommens wird, wenn das mutmaßliche Jahreseinkommen von 1922 zugrunde gelegt wird, bis auf weiteres für ein Elternpaar auf 11 000 M., für einen einzelnen Elternteil auf 8 000 M. erhöht.

Die in sinngemäßer Anwendung des § 26 Abs. 1a des Einkommensteuergesetzes vom 29. März 1920 in der Fassung der Gesetze vom 31. März 1920, vom 21. Juli 1920, vom 24. März 1921, vom 11. Juli 1921 und vom 20. Dezember 1921 für ein Elternpaar oder einen einzelnen Elternteil zulässigen Ermäßigungen sind bei diesen Einkommensgrenzen bereits berücksichtigt. Für jedes zur Haushaltung eines Elternpaares oder eines einzelnen Elternteils zählende minderjährige Kind, das nicht selbständig zur Einkommensteuer zu veranlagen ist, sind 3 600 M. von dem Gesamteinkommen abzusetzen. Die Abzüge gemäß § 13 des Einkommensteuergesetzes — Werbungskosten usw. — sind nur in dem tatsächlich nachweisbaren Betrage zulässig, und zwar auch bei denjenigen Versorgungsberechtigten, auf welche die Vorschriften über die vereinfachte Besteuerung des Arbeitslohns Anwendung finden.

II

Zu § 63 Nr. 1.

Die Einkommensgrenzen des § 63 Nr. 1 werden wie folgt geändert:

Wenn der Ruhensberechnung das mutmaßliche Jahreseinkommen von 1922 zugrunde gelegt wird, ruht das Recht des Beschädigten auf Versorgungsgebührnisse bei einem nach Ausscheidung der Versorgungsgebührnisse verbleibenden Einkommen von 18 000 M. in Höhe von einem Zehntel der Versorgungsgebührnisse ausschließlich der Pflegezulage. Für jede weiteren 2 000 M. ruht ein weiteres Zehntel.

Bei diesen Einkommensgrenzen sind die nach § 13 des Einkommensteuergesetzes zulässigen Abzüge — Werbungskosten usw. — bis zur Höhe von 5 400 M., ferner die in sinngemäßer Anwendung des § 26 Abs. 1a a. a. O. für den Versorgungsberechtigten selber zugelassene Ermäßigung bereits berücksichtigt. Dagegen sind in sinngemäßer Anwendung des § 26 Abs. 1a und b des Einkommensteuergesetzes für die nicht selbständig zu veranlagende Ehefrau des Beschädigten 2 400 M. und für jedes zu seiner Haushaltung zählende minderjährige Kind, das nicht selbständig zur Einkommensteuer zu veranlagen ist, 3 600 M. von dem Gesamteinkommen abzusetzen.

III

Die Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 1922 in Kraft. Die zu ihrer Durchführung erforderlichen Anordnungen trifft der Reichsarbeitsminister.

Sprechsaal.

Nochmals zur Deckung der wachsenden Krankenhauskosten.

Die Gedanken, die Waldmann in Heft 15 dieser Zeitschrift zu meinem Aufsatz in Heft 5 entwickelt, sind irreleitend und bedürfen bei der Wichtigkeit der zur Erörterung stehenden Fragen für die Volksgesundheit einer kurzen Widerlegung.

1. Sein Hinweis auf die Reichsstatistik vom Jahre 1915, nach deren Ziffern die Krankenkassen nur 10 v. H. ihrer Ausgaben für Krankenpflege verwendet haben, ist für unsere heutigen anormalen Zeitverhältnisse nicht mehr zutreffend. Solange es sich hierbei nur um Zehntausende oder Hunderttausende von Mark gehandelt hat, sind die Kassen schon so großzügig mit der Zeit und ihren Ausgaben mitgegangen, daß darüber gar nicht gesprochen wurde. Da es sich aber bei gleichbleibender Mitgliederzahl um wachsende „Millionen“ an Mehrausgaben für die Krankenhauspflege handelt, die auch nicht durch die erhöhten Kassenbeiträge, die Waldmann ausrechnet, gedeckt werden können, habe ich lediglich die Frage des Rechts zusammenfassend beleuchtet, um zu beweisen, daß die Kassen bisher mehr zahlten, als sie gesetzlich verpflichtet waren. Wenn demgegenüber behauptet wird, es dürfte in der

Zwischenzeit eher eine Minderung als eine Steigerung des prozentualen Verhältnisses eingetreten sein, so mögen, da die Ziffern der Reichsstatistik noch nicht vorliegen, die vergleichenden Ziffern unserer Allgemeinen Ortskrankenkasse Breslau zur Orientierung dienen. An Krankenhauspflege wurden in den letzten drei Jahren folgende Summen verausgabt:

1919	bei 132 230	Mitgliedern	747 279,80 M.
1920	„ 138 133	„	2 846 442,89 „
1921	„ 140 818	„	6 967 093,— „

gegenüber einer Gesamtausgabe pro 1921 von 46 785 267,— M. Soweit bis jetzt bekannt geworden ist, sind die Ausgaben in anderen Großstädten noch höher. Wir zahlen an die städtischen Krankenhäuser zur Zeit 65 M., an die Stiftskrankenhäuser 62 M. pro Tag. Hamburg, Berlin, Frankfurt und andere Orte zahlen schon viel mehr. Wenn man dabei auch in Betracht ziehen muß, daß bei der Reichsstatistik die zahlreichen kleineren Orte mit billigeren Verpflegungssätzen den Prozentsatz im allgemeinen etwas herabdrücken werden, so sind die zur Zeit gegebenen Summen, ich wiederhole dies, als unheimlich anwachsende Ausgabeposten zu bezeichnen.

2. Was nun die von Waldmann betonte **moralische** Seite der Sache betrifft, so muß hier gleich festgestellt werden, daß die Ortskrankenkassen von jeher schon, um die Kassenmitglieder vor den Ersatzansprüchen der Armenverbände zu schützen, die entstandenen Verpflegungskosten restlos übernommen haben. Es sind dies enorm hohe Summen, die von den Ortskrankenkassen zur ständigen Entlastung der Armenverwaltungen der größeren Städte und Industriebezirke bisher gezahlt worden sind, die wir aber trotz der §§ 184 und 1503 RVO. nicht als unmoralisch geleistete Zahlung verbuchen können. Da der Gesetzgeber in weiser Fürsorge diese Paragraphen geschaffen hat, sind dieselben, der Not gehorchend, vereinzelt angewendet worden. Hierbei ist aber zu beachten, daß diese Dinge schon wieder teilweise durch die auf 60—80 M. erhöhten Grundlöhne überholt sind, da nun die Bezahlung von $^1/_3$ des Grundlohnes den Verpflegungssatz in vielen Fällen übersteigen würde. Auch die im Stadtanzeiger von Köln Nr. 126 v. 22. 3. 22 gegebenen Ziffern gelten heute schon als überholt. Daher werden diejenigen Kassen, die 1921 dem Reservefonds den gesetzlichen Pflichtteil zuführen konnten, zu zählen sein. Von Überschüssen ist gar nicht mehr zu reden. Wird ferner beachtet, daß mein Aufsatz mehr an die Adresse unnahbarer Verwaltungen städtischer Krankenhäuser gerichtet war und nicht den Stiftskrankenhäusern gegolten hat, wird ferner noch beachtet, daß die größeren Ortskrankenkassen eigene Krankenhäuser und Genesungsheime besitzen, also auch unter der wachsenden Teuerung ebenso zu leiden haben, so dürfte mein Vorschlag, eine Verständigung zwischen den Gemeinden und den Versicherungsträgern zur Beseitigung der gegebenen Zustände anzubahnen, wohl verständlich erscheinen, zumal er sich mit den Anregungen des Städtetages vollständig deckt.

A. **Bergmann**, Vorsteher der Krankenabt. der Allg. Ortskrankenkasse, Breslau.

Anmerkung: Wir schließen hiermit die Erörterung über diese Frage, indem wir noch aus dem **Bericht der 3. Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft von Reichsversicherungsträgern der Rheinprovinz** v. 8. 4. 22 folgende hierher gehörige Stelle aus einem Vortrage des Verwaltungsdirektors **Servais** (Aachen) herausheben:

Mit großer Besorgnis müssen die Versicherungsträger der Erhöhung der Ausgaben für die Krankenhäuser entgegensehen. Gewiß sind die Krankenhäuser durch die Teuerungsverhältnisse betroffen. Das bedingt aber nicht, daß man in zahlreichen Bezirken unserer Provinz die Pflegesätze neu festsetzt, ohne überhaupt irgendwie mit den Versicherungsträgern verhandelt zu haben. Das bedingt auch nicht, daß man eine Erhöhung der Pflegesätze, wie das mehrfach örtlich geschehen ist, vornimmt unter Zugrundelegung der veränderten Reichsindexziffern für Lebensmittel, ohne genauere Unterlage für die Errechnung der Selbstkosten. Falsch ist, wenn bei jeder Erhöhung der Krankenhauspflegesätze die Indexziffern für Lebensmittel herangezogen und sie dann nach dem gleichen Hundertsatz erfolgt, wie die Steigerung der Reichsindexziffern eingetreten ist. Mir liegen Selbstkostenberechnungen von Krankenhäusern in Großstädten vor, durch welche diese Krankenanstalten selbst die Kosten der eigentlichen Mundverpflegung, also der Lebensmittel, nur auf etwa 30 v. H. der gesamten Kosten der Verpflegung berechnen. Wenn man nun bei der Neufestsetzung der Krankenhauspflegesätze nachweist, daß die Lebensmittel beispielsweise im 1. Vierteljahr 1922 um etwa 50 v. H. gegenüber dem letzten Vierteljahr 1921 gestiegen sind, dann ist das noch in keiner Weise ein Grund, nunmehr auch die Krankenhauspflegesätze um 50 v. H. zu steigern, wenn nicht auch der Nachweis erbracht wird, daß die verbleibenden 70 v. H. der Ausgaben der Krankenhäuser in gleichem Maße gestiegen sind. Das aber kann man weder für die Verwaltungskosten, noch für Verzinsung, Amortisation und Arzneien behaupten. Eine Anzahl der gebräuchlichsten Arzneimittel sind in den letzten Monaten um etwa 25 v. H., andere überhaupt nicht, wieder andere allerdings auch etwa um 40 und 50 v. H. gestiegen. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache wird man dann nur in Ausnahmefällen zu Pflegesätzen von 50 bis 60 M. kommen. Bei dieser Gelegenheit dürfte man auch einmal Stellung nehmen zu der Frage: Ist es richtig, daß namentlich die Städte und Gemeinden von den Versicherungsträgern nicht nur Ersatz ihrer Selbstkosten, sondern teilweise noch darüber hinausgehende Pflegesätze erheben? Die Krankenhäuser sollen keine Erwerbsinstitute, sondern Wohltätigkeitsanstalten sein. Die großen Städte setzen Millionen Mark in ihren Haushaltplan ein für Theater, Museen, Konzerte usw. Wenn nichts dagegen einzuwenden ist, daß man in dieser Weise versucht, den Kulturaufgaben gerecht zu werden, dann ist es aber durchaus gerechtfertigt, wenn die Städte, Gemeinden und Kreise auch Zuschüsse für die Krankenhausversorgung der Pfleglinge, soweit die niedrigste Pflegeklasse in Betracht kommt, gewähren. Der Städtebund hat seinerzeit allen Mitgliedsstädten empfohlen, die Pflegekosten für Krankenkassen besonders und von dem Gesichtspunkte festzusetzen, daß die Krankenkassen soziale Einrichtungen sind und daß sie durch die von ihnen freiwillig gewährte Krankenhauspflege die Armenlasten der Städte wesentlich erleichtern. Es scheint die höchste Zeit, dem Städtetag und dem Städtebund diesen Beschluß in Erinnerung zurückzurufen und ihn zu bitten, erneut an die Städte heranzutreten mit dem Ersuchen, die Krankenhauspflegesätze für die Krankenkassen sowohl wie für alle übrigen Versicherungsträger auf ein erträgliches Maß festzusetzen. Ich würde es begrüßen, wenn die Arbeitsgemeinschaft der rheinischen Versicherungsträger die notwendigen Schritte hierzu in die Wege leiten wollte. Schreitet die Erhöhung der Krankenhauspflegesätze in der bisherigen Weise fort, dann werden

diese Krankenhauspflegesätze für die Versicherungsträger, namentlich aber für die Krankenkassen, zu unerträglichen Lasten. Manche Krankenkasse wird vielleicht heute schon Sparmethoden einführen dahingehend, daß niemand ohne Not aufgenommen und daß niemand ohne Not im Krankenhause zurückbehalten wird. Daß durch Einwirkungen dieser Art, namentlich durch die Vertrauensärzte die Anstaltspflege in zahlreichen Fällen abgekürzt werden kann, ist erwiesen. In jüngster Zeit hat man im Ruhrkohlengebiet zwischen dem Zweckverband der Krankenhäuser und den in Frage kommenden Krankenkassen Vereinbarungen getroffen über einheitliche Festsetzung von Pflegesätzen. Die Krankenhäuser hat man in 7 Gruppen eingeteilt je nach Art ihrer Einrichtungen. Den Grundpflegesatz hat man auf 25 bis 31 M. vereinbart. Auf diese Grundpflegesätze kommen dann Zuschläge für Nebenkosten sowie ein Teuerungszuschlag, der zur Zeit 60 v. H. beträgt. Im Ruhrkohlenbezirk kommt man also dann schon für das 1. Vierteljahr 1922 zu Krankenhauspflegesätzen bis zu 60 M. Ich möchte davor warnen, Abmachungen dieser Art generell anzuerkennen. Ein großer Teil der Krankenkassen würde durch die allgemeine Anerkennung solcher Abkommen wesentlich höhere Pflegesätze zahlen müssen, als das zur Zeit infolge örtlicher Verhandlungen der Fall ist.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Selbstabgabe von Arznei und Heilmitteln durch Versicherungsträger.

Der Geschäftsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse für die Stadt Bochum für das Rechnungsjahr 1920 teilt mit, daß auf dem Verbandstage des Verbandes Westfälischer Krankenkassen in Bochum beschlossen wurde, angesichts der gewaltigen Teuerung auf dem Arzneimittelmarkte die Selbstabgabe aller freigegebenen Arzneimittel, Verbandstoffe, Krankenpflegeartikel usw. zu organisieren. Nach Verhandlungen mit den Apothekern, die zu einem unbefriedigenden Ergebnis führten, beschloß der Verband, im Einvernehmen mit dem Gesamtverband in Essen, eine Einkaufsgenossenschaft zu errichten. Nach Bedarf sollen in möglichst vielen Orten Lager untergebracht werden. In demselben Geschäftsberichte wird mitgeteilt, wie der fortgesetzten Preissteigerung für die Lieferung von Brillen entgegengewirkt wurde. Im Herbst 1920 kostete die Kassenbrille schließlich 20,65 M. Die Verwaltung der Kruppschen Betriebskrankenkasse in Essen fragte bei einer großen Brillenfabrikationsfirma an, ob sie bereit sei, die Kasse direkt zu beliefern. Als die Firma dies ablehnte, erklärte die Betriebskrankenkasse, daß sie die Errichtung einer eigenen optischen Werkstatt in Erwägung ziehen werde. Infolgedessen setzte sich die Firma mit größeren optischen Firmeninhabern in Verbindung, und das Ergebnis war, daß dem Essener Kassenverbande dieselbe Brille, die bisher 20,65 M. kostete, vom 1. Oktober 1920 ab mit Futteral für 13 M. angeboten wurde (s. auch „Krankenversicherung 1920" S. 208). Für die Dortmunder Ortskrankenkasse hatte dies zur Folge, daß sie für eine Kassenbrille, für die sie bisher 20,65 M. zahlen mußte, einen Richtpreis von 12,50 M. vereinbaren konnte.

Im Anschluß an diese (aus den Monatsblättern für Arbeiterversicherung 1921 S. 63 entnommene) Mitteilung, deren Preisangaben sicher längst überholt sind, die aber im übrigen die Beachtung der Versicherungsträger, insbesondere der Krankenkassen, nach wie vor verdient, sei kurz auf die immer wieder auftauchende Frage eingegangen, ob die Kassen befugt sind, an die Versicherten Heilmittel, die dem freien Verkehr überlassen sind, o h n e ä r z t l i c h e V e r o r d n u n g zu verabfolgen. Es besteht keine gesetzliche Vorschrift, die das verbietet. Die auf § 182 Ziff. 1 RVO. beruhende Pflicht der Kassen, den Versicherten im Fall einer Krankheit „Versorgung mit Arznei" und anderen Heilmitteln zu gewähren, besteht selbständig n e b e n der Pflicht zur Gewährung ärztlicher Behandlung und unabhängig von dieser. Selbstverständliche Voraussetzung für die eine wie für die andere Pflicht ist die Notwendigkeit der Leistung, von der sich die Kasse zu überzeugen hat. In weitaus den meisten Fällen wird die ärztliche Verordnung das gegebene Beweismittel für die Notwendigkeit der Arznei oder eines anderen Heilmittels sein; aber es gibt auch zahlreiche Fälle, in denen die Notwendigkeit eines einfachen Heilmittels ohne weiteres klar und seine Anwendung ohne vorherige Befragung und Anordnung des Arztes ganz unbedenklich und üblich ist. Zu vgl. Näheres hierüber im Jahrg. 1921 S. 178 Ziff. 5, auch S. 239 Ziff. 1. Das dort Bemerkte gilt grundsätzlich — wie wir im Hinblick auf einen hervorgetretenen Zweifel hinzufügen — auch für die erneute Gewährung von Brillen, Bruchbändern und ähnlichen Heil- oder Hilfsmitteln. Nur wird hier, wie auch sonst in manchen Fällen, eine besondere Vorsicht geboten sein, weil mit der Möglichkeit zu rechnen ist, daß nicht bloß eine Erneuerung, sondern auch eine Anpassung des Mittels an den vielleicht veränderten Zustand des Versicherten (z. B. eine andere Nummer der Augengläser usw.) erforderlich sein könnte.

Zur Anlegung des Vermögens der Versicherungsträger.

Das Vermögen der Versicherungsträger muß nach § 26 Abs. 1 RVO. „wie Mündelgeld (§§ 1807, 1808 BGB.) verzinslich angelegt werden, soweit dieses Gesetz nichts anderes zuläßt". Bestimmungen, die eine andere Art der Anlegung zulassen, enthalten Abs. 2 des § 26 und § 27 RVO. Die angeführten §§ 1807, 1808 BGB. bezeichnen die Art, in der Mündelgeld regelmäßig angelegt werden soll. Von besonderer Wichtigkeit ist unter diesen Vorschriften die im § 1807 Abs. 1 Ziff. 2 BGB. erwähnte Anlegung „in verbrieften Forderungen gegen das Reich oder einen Bundesstaat sowie in Forderungen, die in das Reichsschuldbuch oder in das Staatsschuldbuch eines Bundesstaates eingetragen sind". Hiervon haben die Versicherungsträger von jeher in umfassender Weise Gebrauch gemacht, und namentlich in der Kriegszeit haben sie außerordentlich hohe Beträge in Reichs-Kriegsanleihepapieren sowie auch in Schuldverschreibungen der Bundesstaaten angelegt. Dies hat infolge des unglücklichen Kriegsausganges und der Entwertung der Reichsmark zu großen Verlusten der Versicherungsträger geführt, und es ist das Bedenken aufgetaucht, ob jene Art der Anlegung noch jetzt als „mündelsicher" gelten könne. Da das

Gesetz in dieser Richtung bisher nicht geändert worden ist, ist die Frage zu bejahen; aber man wird sagen müssen, daß die „getreue Geschäftsverwaltung", für welche die Mitglieder der Organe dem Versicherungsträger haften (§ 23 RVO.), sie auch verpflichtet, sich unter den jetzigen wirtschaftlichen Verhältnissen bei der anerkannten formellen Sicherheit nicht zu beruhigen, sondern im einzelnen Falle die materielle Sicherheit in erhöhtem Maße zu prüfen, ehe sie sich zu einer Anlegung der fraglichen Art entschließen (zu vgl. auch Bescheid des RVA. in „Krankenversicherung" 1921 S. 383).

Unter den gegenwärtigen Verhältnissen ist es begreiflich, wenn Verwalter von Mündelvermögen nach Möglichkeiten anderer sicherer und vom Gesetze zugelassener Anlagen ausschauen. Nach § 1811 BGB. kann das Vormundschaftsgericht „aus besonderen Gründen" dem Vormund eine andere als die in den §§ 1807, 1808 vorgeschriebene Anlegung gestatten. Unter Berufung hierauf hatte ein Vormund beantragt, das Gericht möge genehmigen, daß er im Hinblick auf die Entwertung der Papiermark bei sich bietender Gelegenheit 10 000 M. aus dem Mündelvermögen in Aktien oder Geschäftsanteilen anlege; die Entwertung des deutschen Geldes stelle sich als „besonderer Grund" im Sinne des § 1811 BGB. dar. Das Amtsgericht lehnte den Antrag ab; die hiergegen erhobene Beschwerde wurde vom Landgericht und die weitere Beschwerde vom bayerisch. Obersten Landesgericht durch Beschluß v. 12. 1. 22 mit ausführlicher Begründung zurückgewiesen, die im wesentlichen darauf hinauskommt, daß, wie auch im Schrifttum übereinstimmend angenommen werde, unter „besonderen Gründen" im Sinne des § 1811 BGB. nur solche zu verstehen seien, die in den Verhältnissen der einzelnen in Frage stehenden Vormundschaft gelegen sind, während Erwägungen allgemeiner Art, also namentlich solche, die für eine bestimmte Zeitperiode allgemein zutreffen — wie z. B. geringes Zinserträgnis, tiefer Kursstand der Wertpapiere, Entwertung der Papiermark usw. — zur Anwendung des § 1811 nicht ausreichen.

Zu dieser in der „Juristischen Wochenschrift" (1922 S. 396) ausführlich mitgeteilten Entscheidung bemerkt Rechtsanwalt Dr. **Hachenberg** (a. a. O.): „Der Beschluß ist, rein logisch betrachtet, einwandfrei. Eine Schlußfolgerung reiht sich an die andere. Nur da, wo die juristische Folgerung aufhört, die freie richterliche Erwägung einsetzt, werden Bedenken wach. Es mag sein, daß bei der Schaffung des BGB. man nur an besondere Gründe dachte, die •aus der einzelnen, in Frage stehenden Vormundschaft• fließen. Auch die Auslegung aus der Vorkriegszeit mag sich dem mit Recht angeschlossen haben. Aber das Gericht darf heute die durch die Revolution hervorgerufene Umwertung aller Werte nicht außer acht lassen. Die Verfasser des BGB. gingen von der damals wohlbegründeten Auffassung aus, daß nichts sicherer sei als die Geldforderung an Reich und Bundesstaaten. Das hat zu schweren Einbußen an Mündelgut geführt. Die Geldentwertung traf am härtesten die, die man am meisten schützen wollte. Sie macht sich freilich nicht nur hier geltend. Sie führt an einer Reihe von Stellen zur Änderung des Gesetzes. Das ist da nicht nötig, wo das Gericht sich durch eine den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen angepaßte Auslegung des Gesetzes zu helfen vermag. Davon muß es auch Gebrauch machen. Eine Rechtsanwendung ohne Berücksichtigung des wirtschaftlichen Lebens wird nie befriedigen. Aus ihm zieht jene erst ihre Kraft der Überzeugung. Das Leben aber steht nicht still. Seinem Wandel muß sich die Rechtsprechung anpassen. Erst recht dann, wenn er sich als völlige Umwandlung zeigt. Einerlei ist dann, was bei der Entstehung des Gesetzes bezweckt war. Die Zwecke ändern sich. Ein neuer Inhalt muß in die alte Form gegossen werden. Daher wäre es Pflicht der Vormundschaftsgerichte, zu prüfen, ob die vom Vormunde geplante Anlage im Interesse des Mündels liegt. Zu Börsenspekulationen wird es selbstredend nie seine Zustimmung geben. Auch nicht zum Ankauf von Aktien, deren Kurs dem Werte des Unternehmens nicht entspricht. Bestehen aber solche Bedenken nicht, so sollte man die Möglichkeit, die nicht mehr zutreffenden Gesetzesregeln zu verbessern, benützen. Sonst wird die Wohltat zur Plage. Würde der Standpunkt des obersten Beschlusses anerkannt, so wäre die Folge, daß der Vormund entweder auf eigenes Risiko handelt und das Gericht nichts erfährt, oder daß in ängstlicher Anlehnung an die Vorsicht des Gerichts die Mündel die Geschädigten sind."

Für die Versicherungsträger kommen diese Ausführungen schlechthin nicht in Betracht, weil der § 1811 BGB. für ihre Vermögensanlagen überhaupt nicht, auch nicht entsprechend etwa in der Art gilt, daß statt des Vormundschaftsgerichts die Aufsichtsbehörde ermächtigt wäre, aus besonderen Gründen eine andere Art der Anlegung zu gestatten. Das ist deshalb für ausgeschlossen zu erachten, weil im § 26 Abs. 1 RVO. nur die §§ 1807, 1808, nicht auch § 1811 angezogen ist. Es ergibt sich hieraus, daß die Versicherungsträger mehr noch als Vormünder in der Auswahl geeigneter Vermögensanlagen eingeengt sind, und daß besonders für sie der geltende Rechtszustand unbefriedigend und einer Abänderung bedürftig erscheint.

Zum Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung

(zu vgl. Inhaltsangabe hier Heft 6 S. 94 und Aufsatz von Seelmann, hier Heft 11 S. 161 ff.) ist ein abänderndes „Gesetz über die Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung" v. 24. April 1922 (RGBl. S. 464) mit Wirkung vom 1. 4. 22 ergangen. Es paßt die einzelnen Geldbeträge einigermaßen der fortgeschrittenen Entwertung der Papiermark an. Bei Berechnung des Gesamtjahreseinkommens bleibt das Arbeitseinkommen des Rentenempfängers jetzt bis zum Jahresbetrage von 4000 (bisher 2000) M. außer Betracht. Die Bezüge auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes und anderer Militärversorgungsgesetze, aus der knappschaftlichen Versicherung, aus öffentlichen oder privaten Unterstützungseinrichtungen sowie aus Sparguthaben sind jetzt bis zum Betrage von 1200 (bisher 600) M. auf das Gesamtjahreseinkommen nicht anzurechnen. Nach einem neuen § 2a kann, soweit besondere Umstände es erfordern, die Unterstützung (§ 2 Abs. 1 und 2) bis zu einem solchen Betrag erhöht werden, daß das Gesamtjahreseinkommen des Renten- oder Ruhegeldempfängers 4800 M., einer Witwen- oder Witwerrente 3300 M., einer Waisenrente 2000 M. erreicht. Für nicht leistungsfähige Gemeinden hat, nach einem Zusatz zu § 8, das Land oder nach dessen Bestimmung ein Gemeindeverband oder eine sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Zuschüssen einzutreten.

Auch die zu dem Gesetze v. 7. 12. 21 erlassene Reichs-Ausführungsverordnung v. 24. 12. 21 (RGBl. S. 1533) ist durch eine neue Verordnung v. 19. 5. 22 (RGBl. S. 483) wesentlich abgeändert und ergänzt worden, und zwar gleichfalls mit Wirkung v. 1. 4. 22.

Gedenkfeier im Reichsversicherungsamt.

In der Eingangshalle des Reichsversicherungsamts fand am 29. Mai d. J. die Enthüllung einer Gedenktafel für die als Opfer des Weltkrieges 1914/18 gefallenen Amtskollegen statt im Beisein der gesamten Beamtenschaft und von Angehörigen der Gefallenen. Nach einer Ansprache des Senatspräsidenten Steinwand übernahm Präsident Dr. Kaufmann in feierlicher Weiherede die Tafel in die Obhut des Amtes. Sie ist von den Angehörigen des Reichsversicherungsamts und des Reichsversorgungsgerichts gestiftet, als ein Zeichen treuen Gedenkens an die gefallenen Mitarbeiter, als ein Sinnbild der Dankbarkeit für ihre unerschütterliche Pflichterfüllung und selbstlose Hingabe an das Vaterland, zugleich auch als Aufruf an die Überlebenden, in gleicher Treue, dem Gesetz und der Pflicht gemäß, unermüdlich sich zu rühren und hingebend sich einzusetzen für die Wiederaufrichtung des schwer geprüften und gedemütigten Vaterlandes. Dies kam in den Worten der beiden Redner zu wirkungsvollem Ausdruck.

Zur Bekämpfung der Tuberkulose.

In Bad Kösen fand am 17. und 18. Mai unter dem Vorsitz des Präsidenten des Reichsgesundheitsamts Dr. Bumm aus Anlaß der Jahresversammlung des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, zunächst eine Versammlung der aus allen Teilen des Reichs zahlreich erschienenen Ärzte statt. Prof. His (Berlin) gab einen Überblick über die Entwicklung der Anschauungen, welche Orte für die Heilung der Lungentuberkulose besonders geeignet seien. Während man früher allgemein an eine Überlegenheit des Hochgebirges für die Heilung der Lungentuberkulose glaubte, huldigt man heute mehr der Auffassung, daß die Krankheit dort heilen soll, wo sie entstanden ist. Hier kommt das Mittelgebirge, das Tiefland und auch die Meeresküste in gleicher Weise in Frage. Hinzutreten neben der Freiluftbehandlung die spezifische (Tuberkulin) und die Strahlenbehandlung. Prof. v. Romberg (München) bespricht die spezifischen Mittel, das heißt die aus sicheren Tuberkelbazillen gewonnenen Präparate. Das Hauptproblem der Tuberkulinbehandlung liegt in der richtigen Dosierung, über deren Höhe die Ansichten noch geteilt sind. Im allgemeinen sollen diese Mittel nicht in jedem einzelnen Erkrankungsfall gleich zu Beginn gegeben werden, sondern nur da, wo nach einer gewissen Beobachtungszeit eine deutliche natürliche Heilungstendenz erkennbar ist. Die Anwendung des Mittels geschieht durch Einspritzung unter die Haut, während den anderen Einverleibungsmethoden durch Einreibung in die Haut oder durch Einritzen in dieselbe kein Vorteil zukommt. Die Sehnsucht der Ärzte nach einem spezifischen wirklichen Heilmittel der Tuberkulose, wie die Wissenschaft es gegen die Syphilis im Salvarsan besitzt, ist nicht gestillt. Hierauf berichtet Prof. Bacmeister (St. Blasien) über die Strahlenbehandlung der Lungentuberkulose; das Luftbad, zu dem nicht immer Sonne erforderlich ist, ferner die Sonnenbestrahlung, die künstlichen Lichtquellen, die Quarz- und Aureollampe u. a. haben alle nur eine nebengeordnete, die anderen Heilfaktoren unterstützende Bedeutung. Dr. Klare (Scheidegg) berichtete über die allgemeinen hygienischen und diätetischen Behandlungsmethoden außerhalb von Krankenhaus und Heilstätten. — In der sehr lebhaften Erörterung teilten viele Ärzte ihre in privater Heilstätten- und Krankenhausbehandlung gewonnenen Erfahrungen mit. Mehr und mehr gegen früher wird der Standpunkt vertreten, daß die Tuberkulinbehandlung der Lungentuberkulose und anderer Tuberkuloseformen auch ambulant, in der ärztlichen Sprechstunde, außerhalb einer Krankenanstalt oder Heilstätte durchgeführt werden könne. Unerläßliche Voraussetzung aber sei, daß die immer schwierige und sehr subtil zu handhabende Behandlung in den Händen eines mit den verschiedenen Tuberkulinpräparaten und ihren Anwendungsweisen durchaus vertrauten Arztes, möglichst eines Facharztes, liege, der besonders eingehend die Frage, ob die Anwendung des Mittels auch Erfolg verspreche, zu prüfen hat. Bei sachgemäßer Anwendung des Mittels könnten heute Schädigungen unbedingt vermieden werden. Auch hieran knüpfte sich eine lebhafte Erörterung.

Die Sitzung am zweiten Tage wurde eingeleitet durch einen Bericht von Gastpar (Stuttgart) über die Überwachung der Tuberkulosegefährdeten. Eigentlich falle unter diesen Begriff die ganze Bevölkerung, besonders aber diejenigen, die durch bestimmte Berufe, Wohn- und Lebensverhältnisse für die Krankheit disponiert werden, allen voran die, welche in enger Schlaf- und Wohngemeinschaft mit einem an offener Tuberkulose Leidenden sich befinden. Die Hauptaufgabe bleibe die Feststellung der gefährdeten Personen und ihr praktischer Schutz. An ihm seien die verschiedensten Organisationen interessiert: Berufsberatung, Gewerbehygiene, Jugend- und Mütterüberwachung, Säuglings- und Schularzt. Prof. Gastpar berichtete, daß es in Stuttgart keine Tuberkulosefürsorge für Kinder gebe, sondern nur eine Kinderfürsorge, in deren Bereich alle, auch die an anderen Krankheiten leidenden Kinder fallen. — In der Erörterung wandten sich die meisten Redner gegen diese Zentralisierung aller Fürsorge- und Schutzmaßnahmen in einer Organisation, besonders in den großen Städten, da die einzelnen Fächer zu umfangreich, ihre wissenschaftliche und technische Beherrschung in einer Hand unmöglich sei. Prof. Krautwig (Köln) gab in einem gleich gründlichen wie glänzenden Referat einen Überblick über die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens öffentlicher und privater Kräfte im Kampfe gegen die Tuberkulose. Er wies auf die neuen Reichen hin, die nicht an die zahllosen neuen Armen denken, sondern nur an sich selbst. Die Hauptträger der Wohlfahrtsfürsorge seien die Gemeinden, denen das Reich eine möglichst weitgehende Finanzhoheit geben müsse, neben ihnen die Landesversicherungsanstalten und die Krankenkassen. Die soziale Arbeiterversicherung umfasse bei weitem nicht mehr alle Kreise, die der Fürsorge bedürfen.

Zum Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten.

Der Reichstag hat den ihm vom Reichsrat unterbreiteten Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ohne Erörterung einem Ausschusse zur Vorberatung überwiesen. Der Entwurf enthält unter anderem die wichtige, grundlegende Vorschrift, daß jeder, der an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit — Syphilis, Tripper, Schanker — leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, verpflichtet ist, sich von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt behandeln zu lassen. Hierin liegt eine Abweichung von der nach Reichsrecht grundsätzlich geltenden Freigabe der Ausübung der Heil-

kunde durch beliebige, des Nachweises einer fachlichen Vorbildung nicht bedürftige Personen. Wenn gegen die Behandlungsfreiheit schon im allgemeinen gewichtige Bedenken bestehen, so ist nicht zu verkennen, daß sie, soweit es sich um die Behandlung von ansteckenden Geschlechtskrankheiten handelt, eine besonders schwere Gefahr nicht nur für den einzelnen Kranken, sondern für das gemeine Wohl darstellt. Gleichwohl verschließen sich dieser Erkenntnis viele Kranke, indem sie sich mit besonderer Vorliebe gewerbsmäßigen „Heilkundigen" anvertrauen, für deren Sachkunde nicht die geringste Gewähr besteht. Gegen die hierin liegende Gefahr kann Abhilfe nur in dem Zwange zur Behandlung der bezeichneten Krankheiten durch solche Personen gesucht werden, die durch ihre Vorbildung und Approbation die unerläßliche Gewähr einer hinreichenden Sachkunde bieten. Daß die sogenannten „Heilkundigen" anderer Meinung sind und gegen die erwähnte Bestimmung des Gesetzentwurfs Verwahrung einlegen, kann man verstehen, aber nicht hinnehmen. Mit gutem Grunde sind deshalb am 22. Mai im Hygienischen Institut in Berlin Vertreter der Ärzteschaft und der Versicherungsträger zu gemeinsamer Beratung und Beschlußfassung zusammengetreten, um den gegen den Gesetzentwurf gerichteten Bestrebungen nachdrücklich entgegenzuwirken.

Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Kraus wies in einem eingehenden Vortrage auf die Unmöglichkeit hin, auch unter irgendwelchen Garantien Personen zur Ausübung der Behandlung zuzulassen, die nicht eine vollständige ärztliche Ausbildung und Approbation haben. Kraus begründete das wirkungsvoll durch eine klinische Würdigung der fraglichen Krankheiten. Ihre Erkennung und Behandlung erfordere eine vollkommene Beherrschung der Gesamtmedizin; in sehr vielen Fällen sei sogar eine ganz spezielle Vorbildung des Arztes schon wegen vieler diagnostischer und technischer Einzelheiten geboten. Ohne etwa das Gesetz in allen seinen Teilen als restlos befriedigend anzuerkennen, betonte er, daß gerade die Ausschließung ärztlich nicht approbierter Personen von der Ausübung der Behandlung einer der wichtigsten Punkte sei. Mag die sog. Volksmedizin manchmal etwas Wertvolles gebracht haben, die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, zumal so verbreiteter wie der Geschlechtskrankheiten, erfordere aber ein so hohes Maß von Kenntnissen und Fertigkeiten, daß man gerade auf diesem Gebiete keinesfalls ohne volle ärztliche Ausbildung und deren Nachweis, also die Approbation, auskommen könne. Kraus kritisierte im einzelnen die wichtigsten Paragraphen des Gesetzes und die Einwände der Vertreter der Nichtapprobierten. Er fand darin Unterstützung durch Geheimrat Freund von der Landesversicherungsanstalt Berlin (der Verband der deutschen Landesversicherungsanstalten hatte telegraphisch zugestimmt); in gleichem Sinne äußerte sich für die Krankenkassen Direktor Albert Kohn und für den deutschen Ärztevereinsbund Geheimrat Herzau. Demgemäß wurde folgende Entschließung angenommen:

„Eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Sinne der allgemein anerkannten Grundsätze der Seuchenbekämpfung hat die rechtzeitige Erkennung der vielgestaltigen Erscheinungsformen dieser Krankheit und die richtige und rechtzeitige Anwendung aller erforderlichen Heilmaßnahmen bei Krankheitsfällen zur Voraussetzung. Die größtmögliche Gewähr hierfür bieten ausschließlich solche Personen, welche mindestens den gesetzlichen Anforderungen des Universitätsstudiums entsprochen und als Abschluß desselben die staatliche ärztliche Approbation erlangt haben. Die Zugestehung des Rechtes zur Behandlung von Geschlechtskranken an Nichtapprobierte im Rahmen des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten würde den Zweck des Gesetzes vereiteln und das Gesetz zu einer Gefahr für die Volksgesundheit machen."

Aus dem Entwurf eines Reichsgesetzes zur Abänderung des Hausarbeitsgesetzes vom 20. Dezember 1911 teilen wir folgende beachtenswerte Ausführungen der Begründung mit:

Der Entwurf sieht bewußt davon ab, Begriffsbestimmungen des Hausarbeiters, des Hausgewerbetreibenden und des Zwischenmeisters zu geben. Insbesondere für den Begriff des Hausgewerbetreibenden gibt es bereits in Anknüpfung an den § 119 b der Gewerbeordnung und den § 162 der RVO. eine ausgiebige Rechtsprechung, aus der Richtlinien entnommen werden können. Im vorliegenden Gesetz einen neuen Begriff zu schaffen, empfiehlt sich nicht, schon weil es nicht verstanden werden würde, wenn dieselbe Person versicherungsrechtlich als Arbeitnehmer, arbeitsrechtlich als Arbeitgeber behandelt werden würde. Liegt ein Erfordernis dafür vor, so muß die Aufgabe im künftigen Arbeitsgesetzbuch gelöst werden.

Am wichtigsten für den vorliegenden Entwurf ist es, die richtige Grenzlinie zwischen Hausgewerbetreibenden und Zwischenmeistern einerseits und selbständigen Unternehmern anderseits zu finden. Hier geben sowohl die Anleitung des Reichsversicherungsamtes über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 25. April 1912 (Amtl. Nachr. S. 721) als auch die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts sehr brauchbare Grundlagen, wenn auch die Personenkreise sich nicht überall decken, z. B. hinsichtlich der Werkstattarbeiter, der Hausarbeiter und der detachierten Außenarbeiter. Es heißt in der Anleitung (unter Nr. 15):

„Sie (die Hausgewerbetreibenden) arbeiten auf Rechnung eines Dritten (§ 1230 Nr. 1), der die geschäftliche Gefahr trägt, ihnen aber die Möglichkeit der Verwertung eigener Erzeugnisse und damit die Erzielung eines Unternehmergewinns nimmt. Er zahlt ihnen nur eine nach dem Stück bemessene Vergütung, die sich wirtschaftlich wesentlich als Arbeitsentgelt darstellt . . ." „Auch ist er (der Hausgewerbetreibende) im allgemeinen nicht gehindert, Aufträge von verschiedenen Seiten entgegenzunehmen. Ferner sind die Bestellungen in der Regel nur Einzelaufträge, nach deren Erledigung keine der Geschäftsparteien gehalten ist, das Verhältnis fortzusetzen oder wieder aufzunehmen. Es besteht kein fester Vertrag und keine Kündigungsfrist, wenn sich auch tatsächlich nicht selten dauernde Beziehungen herausbilden."

Sollten die dauernden Beziehungen, von denen die Anleitung spricht, zu Rechtsbeziehungen werden, also ein fortlaufender Vertrag geschlossen werden, so liegt natürlich erst recht ein Hausarbeitsverhältnis vor.

Schwierigkeiten werden sich im allgemeinen nur bei der Abgrenzung des Begriffs des Hausarbeiters und Hausgewerbetreibenden gegenüber dem des selbständigen Unternehmers ergeben. Hierzu ist zu bemerken:

Der § 1 Abs. 1 Satz 1 des Hausarbeitsgesetzes würde seinem Wortlaut nach auch selbständige Handwerker einschließen, sofern sie allein oder nur mit Familienangehörigen arbeiten. Daher nimmt Satz 2 diejenigen Werkstätten ausdrücklich aus, in denen ausschließlich für den persönlichen Bedarf des Bestellers oder seiner Angehörigen gearbeitet wird. Sinngemäß wird das gleiche zu gelten haben, wenn überhaupt nicht auf Bestellung, sondern auf Vorrat gearbeitet und auf Käufer gerechnet wird, die das Arbeitserzeugnis für ihren eigenen Verbrauch — also nicht zum Weiterverkauf — kaufen. Hausarbeiter im Sinne des § 1 des Hausarbeitsgesetzes können hiernach auch Personen sein, die sich selbst als selbständige Handwerker betrachten, wenn sie nämlich an Besteller oder Käufer liefern, die ihre Arbeitserzeugnisse weitervertreiben, und wenn sie allein oder nur mit Familienangehörigen arbeiten. Personen gleicher Art jedoch, die fremde Hilfspersonen beschäftigen, wird man als Hausgewerbetreibende nur dann betrachten können, wenn sie von ihren weiterverkaufenden Käufern oder Bestellern wirtschaftlich abhängig sind. Sofern dies bei der regelmäßigen Beschäftigung der Fall ist, verschlägt es nichts, wenn vorübergehend, etwa in Zeiten schlechter Konjunktur oder in Ergänzung eines nicht ausreichenden Verdienstes aus hausgewerblicher Beschäftigung auch auf eigene Rechnung, etwa für Privatkunden, gearbeitet wird. Der Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit ist auch dafür entscheidend, inwieweit Betriebe mit mehreren fremden Hilfsarbeitern als selbständige Unternehmungen oder als Hausarbeitsbetriebe anzusehen sind. Es gibt Betriebe, die, wenngleich sie alle sonstigen Merkmale der Hausgewerbebetriebe an sich tragen (Arbeit im Auftrage und für Rechnung bestimmter Arbeitgeber, die vielfach sogar die Rohstoffe selbst liefern), doch umzweifelhaft selbständige Unternehmungen sind (z. B. Lohnfärbereien). Bei Entscheidung zweifelhafter Fälle wird dabei auf folgende Merkmale zu achten sein:

In der Hausindustrie handelt es sich regelmäßig um Zwergbetriebe und nur ausnahmsweise um Betriebe mittleren Umfanges. Ob der Hausgewerbetreibende oder Zwischenmeister wirtschaftlich von seinem Auftraggeber abhängig oder unabhängig ist, kann sich ferner ergeben aus der Größe des in Maschinen usw. angelegten Kapitals sowie des Betriebskapitals, aus der Zahl der angestellten Hilfskräfte, der Höhe des Geschäftsgewinnes, der persönlichen Beteiligung an der Herstellungsarbeit. Wer als Inhaber eines Werkstattbetriebes ausschließlich oder überwiegend durch die Leitung des Betriebes, die Annahme, Verteilung und Ablieferung der Arbeitsaufträge in Anspruch genommen ist, kann nicht mehr als Hausgewerbetreibender angesehen werden.

Belanglos ist, ob jemand für einen oder mehrere Arbeitgeber arbeitet, ebenso, ob er die Roh- und Hilfsstoffe selbst stellt und die Muster selbst entwirft, das Entgelt also auch den Wert des Stoffes und Musters enthält, somit zum mindesten teilweise Kaufpreis und nicht Lohn ist.

Im Zweifelsfalle kann auch die Steuerpflicht mit zur Beurteilung herangezogen werden. Personen, für die der Lohnabzug auf Grund des Gesetzes vom 11. Juni 1921 (Reichsgesetzblatt S. 845) gemacht wird, sind als Hausgewerbetreibende anzusehen. Dagegen wird die Heranziehung zur Gewerbe- und Umsatzsteuer nicht immer gegen das Nichtvorhandensein eines hausgewerblichen Verhältnisses sprechen. Da im allgemeinen die betreffenden Personenkreise selbst wahrscheinlich am deutlichsten ihre arbeitsrechtliche Stellung erkennen, diese aber am augenfälligsten dadurch bezeugen, daß sie sich Arbeitgeber- oder Arbeitnehmerverbänden anschließen, wird auch auf diese Tatsache zu achten sein, ebenso darauf, ob die in Frage kommenden Gruppen bereits Arbeitstarifverträge mit ihren Auftraggebern abgeschlossen haben.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Fortzahlung von Tagelohn bei unverschuldeter Dienstbehinderung durch Krankheit.

1. **Nach Z.** Antwort: Auch ein gegen Tagelohn und gegen tägliche Kündigung beschäftigter Hilfsarbeiter hat, wenn er durch unverschuldete Krankheit an der Dienstleistung behindert ist, und der Arbeitgeber von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch macht, nach § 616 BGB. Anspruch auf Fortzahlung seines Lohnes „für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit". Maßgebend sind dabei immer die besonderen Umstände des einzelnen Falles. Insbesondere ist auch Rücksicht zu nehmen auf das Verhältnis der Behinderungsdauer zur Gesamtdauer der geleisteten Dienste (zu vgl. Entsch. des Landger. I Berlin v. 10. 10. 21, Gew. u. Kaufm. Ger. Bd. 27 Sp. 85). Wenn der Arbeiter bereits 40 Tage Dienst getan hatte und dann 16 Tage lang arbeitsunfähig erkrankt war, so wird man wohl bei einigem Wohlwollen diese Zeit noch als „verhältnismäßig nicht erheblich" gelten lassen können. Ganz unbedenklich erscheint dies, wenn „unter gleichen Voraussetzungen" in einem anderen Falle die Dienstbehinderung nur drei Tage gedauert hat. Auf den Lohn ist aber in jedem Falle das Krankengeld auf Grund der Pflichtversicherung anzurechnen.

Zugehörigkeit von Ziegeleiarbeitern zur Innungskrankenkasse für Maurer?

2. **Nach M.** Antwort: Der Innungskrankenkasse gehören nach § 250 RVO. nur diejenigen Versicherungspflichtigen an, die in dem Gewerbszweige beschäftigt sind, mit welchem der Arbeitgeber der Innung angehört (zu vgl. Erlaß des preuß. Handelsministers v. 24. 11. 02 in Arb. Vers. 1903 S. 771). Dabei sind aber Teil- oder Nebenbetriebe dem Hauptbetriebe zuzurechnen nach den auch für die Krankenversicherung anwendbaren

Grundsätzen, die das Reichsversicherungsamt für die Unfallversicherung aufgestellt hat (zu vgl. Entsch. des RVA. 2314, Amtl. Nachr. 1917 S. 269). Ein Betrieb ist namentlich dann als ein Teil- oder Nebenbetrieb eines anderen Betriebes anzusehen, wenn er diesem dient. Dies hat das RVA. in der angeführten Entscheidung ausgesprochen und dabei u. a. auf Bd. 1 des Handb. der Unfallversicherung S. 343 Anm. 8 hingewiesen. Dort ist (unter a) als eines der vielen Beispiele für das Verhältnis eines bloßen Teil- oder Nebenbetriebs auch erwähnt: eine „Ziegelei für ein Baugeschäft, solange nicht die Steine weitaus überwiegend an Dritte verkauft werden.“ Wenn also der zur Maurer- und Zimmerer-Innung gehörende Baumeister P. jetzt eine Dampfziegelei erworben hat und nicht ersichtlich ist, daß die Ziegelei im wesentlichen zum Zwecke des Absatzes von Ziegeln an andere Personen betrieben wird, so ist davon auszugehen, daß sie dem Baubetriebe des P. zu dienen bestimmt, also ein Teil- oder Nebenbetrieb des Gewerbszweiges ist, mit dem P. der Innung angehört. Dann sind die in der Ziegelei beschäftigten Versicherungspflichtigen Mitglieder der Innungskrankenkasse.

Zurückversetzung eines Weiterversicherten in eine höhere Lohnstufe.

3. **Nach St. T.** Antwort: § 313a in der Fassung des Gesetzes vom 28. 12. 21 (ArbVers. 1922 S. 39) gibt dem Kassenvorstand das Recht, „auch“ ohne Zustimmung des Versicherten dessen Versetzung in eine höhere Klasse oder Lohnstufe anzuordnen, aber nur unter bestimmter Voraussetzung, nämlich dann, wenn die Beiträge in erheblichem Mißverhältnisse zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen stehen. Aus der Hinzufügung des Wortes „auch“ vor „ohne seine Zustimmung“ darf man wohl den Schluß ziehen, daß, wenn die genannte Voraussetzung nicht erfüllt ist, das Recht der Versetzung in eine höhere Klasse oder Stufe an die Zustimmung des Versicherten geknüpft sein soll. Von einer Verpflichtung des Vorstandes aber, auf Grund der bloßen Zustimmung des Versicherten die Versetzung zu bewilligen, ist im Gesetze nichts gesagt. Hätte dem Versicherten das Recht auf die Versetzung in eine höhere Klasse oder Stufe schlechthin zugestanden werden sollen, so hätte es nahegelegen, dies ausdrücklich auszusprechen, wie doch umgekehrt das Recht, die Versetzung in eine niedere Klasse oder Stufe zu beantragen, ausdrücklich festgesetzt ist. Darum kann ein Weiterversicherter, der auf seinen Antrag in eine niedere Klasse oder Stufe versetzt worden ist, die Versetzung in eine höhere gegen den Willen des Vorstandes nicht verlangen.

Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft durch versicherungspflichtige Beschäftigung.

4. **Nach Br.** Antwort: § 213 handelt von solchen Fällen, in denen weder Versicherungspflicht, noch Versicherungsberechtigung besteht. Er ist also hier nicht anwendbar. Denn K. war zweifellos versicherungspflichtig, und zwar bei der Kasse in B. Hiervon wußte aber die Kasse in R., bei der er früher freiwilliges Mitglied gewesen war, nichts und gewährte daher die Krankenhauspflege. Aber auch § 315 RVO. paßt nicht. Denn er betrifft den Fall, daß die Kasse „für einen Versicherungspflichtigen nach vorschriftsmäßiger Anmeldung“ die Beiträge drei Monate angenommen hat. Hiernach muß erstens die Anmeldung auf Grund der Versicherungspflicht erfolgt sein; dem ist die irrtümliche Annahme des Weiterbestehens der freiwilligen Versicherung nicht gleichzuerachten. Außerdem müssen die Beiträge „für einen Versicherungspflichtigen“ drei Monate angenommen worden sein; demnach muß auch die Versicherungspflicht mindestens 3 Monate bestanden haben. K. ist nach § 306 RVO. Pflichtmitglied der Kasse B. geworden, und hierdurch erlosch die freiwillige Mitgliedschaft bei der Kasse R. gemäß § 312. Deshalb muß die Kasse B. vom Tage der Erkrankung an die Leistung gewähren, oder soweit dies bereits seitens der Kasse R. geschehen ist, ihr die zu Unrecht gewährten Leistungen erstatten (vgl. Hahn, Handb. d. Kr.-Vers., Anm. 3 zu § 224).

Tägliche Arbeitszeit der Kassenbeamten.

5. **Nach M.** Antwort: Wenn die neue Dienstordnung die tägliche Arbeitszeit von sieben auf acht Stunden erhöht hat, so gilt das an sich selbstverständlich nur für die Angestellten der Krankenkasse, die der Dienstordnung überhaupt unterstehen, also nicht auch für Angestellte, denen auf Grund des § 359 RVO. mit §§ 8, 9 Ges. v. 28. 6. 19 die Rechte und Pflichten staatlicher oder gemeindlicher Beamten zukommen; für diese ist vielmehr in Preußen das auf Grund des Ministerialerlasses v. 18. 2. 14 (ArbVers. 1914 S. 186) vom Oberversicherungsamt aufgestellte Regulativ maßgebend. Aber ganz verfehlt ist die Meinung dieser „Beamten“, daß sie ein „wohlerworbenes Recht“ auf eine Arbeitszeit von nur sieben Stunden hätten. Gerade öffentliche Beamte sind grundsätzlich zu „ungemessenen“ Dienstleistungen, nötigenfalls auch über die gewöhnlichen Dienststunden hinaus, verpflichtet (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1916 S. 412, auch Entsch. des Reichsger. in Zivils. 92 S. 258, 263), und eine behördliche Bestimmung über ihre tägliche Arbeitszeit kann daher immer nur die Bedeutung einer Ordnungsvorschrift haben, nicht aber als eine Rechtsnorm gelten, auf Grund der die Beamten ein wohlerworbenes „Recht“ auf eine festbegrenzte tägliche Arbeitszeit erlangt hätten.

Erhöhung des Grundlohnes bei der nach § 311 RVO. verlängerten Mitgliedschaft.

6. **Nach Berlin.** Antwort: Auch bei solchen Versicherten, deren Mitgliedschaft gemäß § 311 RVO. weiter besteht, kann eine Erhöhung des Grundlohnes nach § 9 Abs. 2 Ges. v. 28. 12. 21 (Arb.-Vers. 1922 S. 40) in Frage kommen. In solchen Fällen ist der Grundlohn zu berechnen nach dem Entgelt, den der Versicherte zur Zeit der Erkrankung bezog. Geändert wird ja nicht das Entgelt, das die Grundlage bildet, sondern nur der Grundlohn, der nach ihm berechnet wird, und diese Änderung tritt lediglich auf Grund gesetzlicher Vorschrift ein, auch wenn jenes Entgelt das gleiche geblieben ist. Es liegt kein Anlaß vor, von der Vorschrift des § 9 Abs. 2 Ges. v. 28. 12. 21 die Versicherten auszunehmen, deren Mitgliedschaft sich nach § 311 RVO. verlängert.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung“ in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1357 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. Juli 1922 | Heft 19

Zur „Feststellung" des Anspruchs auf Wochenfürsorge.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Berlin-Wilmersdorf.

Im Heft 17 (S. 269) der ArbVers. hat die Schriftleitung eine Ausführung der „Deutschen Landkrankenkasse" bekämpft, die darin gipfelt, daß nach § 18 des Wochenhilfegesetzes in der Fassung vom 29. 7. 21 die Feststellung des Versicherungsamts sich auf das Vorliegen der Voraussetzungen für die Wochenfürsorge, nicht aber auf deren zahlenmäßige Bemessung im Einzelfalle erstrecken soll. Was die Schriftleitung der ArbVers. zur Widerlegung dieser mit dem Inhalt der §§ 17, 18, 19 des Gesetzes ganz unverträglichen Ansicht beigebracht hat, ist an sich ausreichend. Nur deshalb muß nochmals und näher auf die Sache eingegangen werden, weil sich inzwischen die von der Schriftleitung nur schüchtern und frageweise ausgedrückte Vermutung, daß dies Vorbringen der „Landkrankenkasse" aus einer amtlichen Quelle geflossen sein könne, bestätigt hat. Diese Zeitschrift hat tatsächlich — seltsamerweise ohne Quellenangabe — nur den Inhalt eines Bescheides des Reichsarbeitsministers v. 19. 4. 22 (RArbBl. S. 269) und eines gleichlautenden zustimmenden Erlasses des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt v. 3. 5. 22 („Volkswohlfahrt" S. 276) wiedergegeben. Was aber als Äußerung der Zeitschrift nur als Irrtum zu kennzeichnen war, das bedeutet als Bescheid des Reichsarbeitsministers im vorliegenden Falle einen so bedenklichen Vorgang, daß man darüber nicht mit Schweigen hinweggehen darf.

Eine allgemeine Wochenfürsorge für minderbemittelte Wöchnerinnen, für die kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, ist erstmalig durch §§ 17 ff. des Gesetzes v. 26. 9. 19 (RGBl. 1757) eingeführt worden. Wichtige, aber die vorliegende Frage nicht berührende Änderungen brachte das Gesetz v. 30. 4. 20 (RGBl. S. 853); sie wurden zusammengefaßt in einer Bekanntmachung v. 22. 5. 20 (RGBl. S. 1069). Eingreifend umgestaltet wurden die Vorschriften über Feststellung und Erfüllung des Anspruchs auf Wochenfürsorge erst durch das Abänderungsgesetz v. 29. 7. 21 (RGBl. S. 1189). Der § 17 des Gesetzes umschreibt nur den Kreis der Anspruchsberechtigten (Abs. 1) und bestimmt die Voraussetzungen, unter denen eine Wöchnerin als unbemittelt gilt (Abs. 2). Von Grund aus geändert ist aber der § 18, der in der früheren Fassung folgendermaßen gelautet hatte:

> „Die Wochenfürsorge wird durch die allgemeine Ortskrankenkasse, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthalt der Wöchnerin liegt, und, wo eine solche Kasse nicht besteht, durch die Landkrankenkasse geleistet."

Diese Vorschrift ist im Gesetz v. 29. 7. 21 durch folgenden neuen § 18 ersetzt:

> „Der Antrag auf Wochenfürsorge ist bei dem Versicherungsamt zu stellen. Dieses nimmt die nach § 17 erforderlichen Feststellungen vor. Die Auszahlung geschieht auf Anweisung des Versicherungsamts durch die allgemeine Ortskrankenkasse, in

deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin liegt, und, wo eine solche Kasse nicht besteht, durch die Landkrankenkasse."

Wohlbemerkt: Der § 18 früherer Fassung, der die Orts- oder Landkrankenkasse zur „Leistung" der Wochenfürsorge verpflichtete, ist durch den neuen § 18, der den Kassen nur noch die „Auszahlung" zuweist, ersetzt. Die Leistungspflicht und folglich auch die Pflicht, irgendwelche Voraussetzungen des Anspruchs — mögen sie die allgemeinen Grundlagen oder den Betrag betreffen — zu prüfen, besteht für die Kassen nicht mehr. Auch aus keiner anderen Stelle des Gesetzes läßt sich irgendwie herleiten, daß den Kassen noch eine Leistungspflicht in der Art obliege, daß sie den Anspruch der Wöchnerin nach seinem Grunde oder auch nur nach seiner Höhe zu prüfen hätten. Wenn im § 20 die Vorschrift, daß die „Leistungen" der Kasse ihr durch das Reich erstattet werden, unverändert stehen geblieben ist, so kann dies Wort im Hinblick auf den Inhalt des neuen § 18 nur im Sinne von „Auszahlungen" verstanden werden. Die Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf Wochenfürsorge nach Grund und Umfang ist ausschließlich Sache des Versicherungsamts, bei dem nach § 18 der Antrag auf Wochenfürsorge zu stellen ist — genau ebenso wie Anträge auf Wochenhilfe selbstverständlich nach Grund und Umfang von der Kasse zu prüfen und festzustellen sind, bei der nach § 1551 RVO. der Antrag auf die Leistung zu stellen ist. Daß der zweite Satz des § 18 des Gesetzes, wonach das Versicherungsamt die nach § 17 erforderlichen Feststellungen vornimmt, auch auf § 19 mit bezogen werden muß, weil der § 17 seinen eigentlichen Inhalt erst durch die im § 19 enthaltene Bestimmung des Begriffs der Wochenfürsorge erhält, ist schon in der Ausführung der Schriftleitung (hier S. 270) hervorgehoben. Die dem Versicherungsamt nach § 23 obliegende „Entscheidung" über den Antrag hat sich demgemäß gleichfalls auf den Grund und den Umfang des Anspruchs zu erstrecken; ebenso selbstverständlich, im Falle der Beschwerde, die Entscheidung der Beschlußkammer des Oberversicherungsamts. Die Kasse ist an diesem Verfahren in keiner Weise beteiligt (ArbVers. 1922 Heft 2, S. 31 Ziff. 4).

Bedarf es nach dieser Darlegung noch einer autoritativen Bestätigung, so kann damit aufgewartet werden. Der Reichsarbeitsminister hat mittels Erlasses v. 12. 8. 21 (II. A. 2854 I) eine Zusammenstellung der Vorschriften über Wochenhilfe und Wochenfürsorge in ihrer durch das Gesetz v. 29. 7. 21 bedingten Form nebst der Begründung des Gesetzes veröffentlicht. In der Begründung zu § 18 wird, wie in dem Bescheide v. 9. 4. 22, davon ausgegangen, daß die Krankenkassen häufig nicht in der Lage seien, mit genügender Sicherheit die Voraussetzungen dafür festzustellen, ob eine Person minderbemittelt im Sinne des Gesetzes ist. Dies wird näher ausgeführt. Dann aber heißt es: „Es erschien deshalb geboten, die Entscheidung hier (also bei der Wochenfürsorge) dem mit den tatsächlichen Verhältnissen besser vertrauten Versicherungsamt an Stelle der Krankenkasse zu übertragen und der letzteren nur die Auszahlung der Beihilfe zu überlassen." Also „nur" die Auszahlung — nicht auch die Feststellung irgendwelcher Voraussetzungen des Anspruchs! Diesen zutreffenden, mit dem Wortlaut und Zusammenhange der Gesetzesvorschriften übereinstimmenden Schlußsatz, den der Minister doch zur Erläuterung des Gesetzes mitgeteilt, also sicherlich gebilligt und sich angeeignet hat, gerade diesen wichtigen, für die Beurteilung der Zuständigkeitsfrage entscheidenden Schlußsatz hat der Reichsarbeitsminister in seinen Bescheid v. 19. 4. 22 zu übernehmen — vergessen! So besagt denn diese neueste, autoritative*) Verkündung das direkte Gegenteil von dem, was derselbe Minister, gleichfalls autoritativ, durch Mitteilung jener Begründung zum § 18 des Gesetzes v. 29. 7. 21 als Richtschnur für die Krankenkassen und Versicherungsämter bezeichnet hatte!

Von welcher dieser beiden einander widersprechenden Weisungen des Arbeits-

*) „Autoritativ" bedeutet: Beachtung beanspruchend.

ministers sollen sich also die Kassen und die Versicherungsämter leiten lassen? Die Antwort kann nur lauten: „von keiner". Maßgebend ist allein das Gesetz, und dieses hat, indem es die frühere Fassung des § 18 durch die jetzt geltende ersetzte, den Krankenkassen die Pflicht zur „Leistung" der Wochenfürsorge und somit jede Sachprüfung abgenommen und nur noch die „Auszahlung auf Anweisung des Versicherungsamts" auferlegt. Daß die Begründung, in Übereinstimmung mit dem an sich schon völlig klaren Inhalt des neuen § 18, gleichfalls ausdrücklich hervorhebt, es sei den Kassen „nur die Auszahlung" der Beihilfe (der Wochenfürsorge) überlassen, könnte man immerhin als unterstützend heranziehen, aber nicht weil, sondern obgleich diese Begründung die stillschweigende Billigung eines Ministers gefunden hat, der sein damaliges Ja jetzt in ein Nein umzudeuten versucht.

Nur der Vollständigkeit halber mag noch ein Bedenken erwähnt werden, das möglicherweise aus der Begründung hergeleitet werden könnte. Sie geht, wie bereits erwähnt, davon aus, daß die Kassen häufig nicht in der Lage seien, hinreichend sicher festzustellen, ob eine Person minderbemittelt im Sinne des Gesetzes sei; und an die nähere Ausführung dieser Erwägung schließt sich dann der oben mitgeteilte Schlußsatz an: „Es erscheint deshalb geboten usw." Nichts wäre falscher, als daraus etwa herzuleiten, daß dem Versicherungsamt nur die Prüfung und Feststellung der Vermögensverhältnisse der Wöchnerin unter den Gesichtspunkten des § 17 Abs. 2 übertragen werden sollte. Die Erfahrung, daß die Kassen sich für diese Aufgabe als nicht immer geeignet erwiesen hätten, war nur der bestimmende Grund, nur der Anlaß dafür, daß man ihnen die Pflicht zur „Leistung" der Wochenfürsorge und folglich zur Prüfung des Anspruchs nach Grund und Betrag überhaupt abnahm und daß man diese im Hinblick auf das reichsfiskalische Interesse (§ 20) so wichtige Aufgabe auf die Versicherungsämter übertrug. Wer etwa meinte, daß die Rechtsänderung, ihrem Grunde entsprechend, einschränkend auszulegen sei, der müßte folgerichtig annehmen, daß das Versicherungsamt „nur" die Frage, ob die Wöchnerin minderbemittelt im Sinne des § 17 Abs. 2 zu prüfen und festzustellen habe; dann fiele auch die Prüfung der Frage, ob die Wöchnerin eine Deutsche ist, ob sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inlande hat und ob für sie kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, nicht dem Versicherungsamt, sondern der Kasse zu. So weit geht aber auch der Reichsarbeitsminister nicht, da er ja im Bescheide v. 19. 4. 22 nur davon spricht, daß sich die Feststellung des Versicherungsamts nicht auf die „zahlenmäßige Bemessung (der Wochenfürsorge) im Einzelfall" erstrecken solle.

Es bleibt also dabei: Die Krankenkassen haben mit der Wochenfürsorge, wie das Gesetz ergibt und überdies die Begründung ausdrücklich bestätigt, nichts weiter zu schaffen, als daß ihnen die „Auszahlung nach Anweisung des Versicherungsamts" obliegt. Wenn diese Gestaltung jetzt unbequem erscheinen mag, so muß der Gesetzgeber zu abermaliger Flickarbeit bemüht werden. Keinem Minister steht es zu, den Krankenkassen eine so verantwortungsvolle Aufgabe wieder aufzubürden, nachdem sie ihnen eben erst durch gar nicht zu mißdeutende Vorschriften des Gesetzes abgenommen worden ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Kosten der Rechtshilfe.

Entscheidung des bayr. Landesversicherungsamts v. 7. Dezember 1921.

Das Versicherungsamt H. hat am 29. November das Ersuchen der Allg. Ortskrankenkasse G. vom 7. Mai vorgelegt, in dem um Entscheidung gebeten wird, ob die Landesversicherungsanstalt X. verpflichtet sei, der Kasse 20 M. zu erstatten. Dieser Betrag ist dadurch erwachsen, daß die Kasse in einer größeren Zahl von Quittungskarten die Lohnstufe vermerkt hat, die für die Berechnung der Beitragshöhe nach

§ 1246 RVO. maßgebend ist. — Das Landesversicherungsamt ist nicht in der Lage, die Landesversicherungsanstalt von Aufsichts wegen zur Bezahlung des geforderten Betrags anzuhalten.

Das Ersuchen der Anstalt ist auf § 116 RVO. gestützt. Gemäß § 117 a. a. O. wäre sie nur dann verpflichtet, 20 Mark zu bezahlen, wenn dieser Betrag als „bare Auslage" zu erachten wäre. Dies ist hier nicht der Fall.

Die Pflicht zur Rechtshilfe umfaßt naturgemäß auch die Pflicht der ersuchten Behörde, auf ihre Kosten die zur Durchführung des Beistands erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Wenn die Behörde die Arbeiten nicht durch ihre ständigen Arbeiter erledigen lassen will, sondern hierzu sich einer Hilfskraft bedienen zu müssen glaubt, so können die hierdurch erwachsenen Aufwendungen nicht dem ersuchenden Versicherungsträger zur Last gelegt werden. Dies trifft im vorliegenden Fall um so mehr zu, als die Kasse unterm 10. Mai 1921 dem Versicherungsamt H. auf dessen Anfrage berichtete, „die Aushilfsschreiberin, für die der Betrag von 20 Mark erwachsen ist, sei für den vorliegenden Zweck allein nicht gewonnen worden, nur habe sie die Arbeit miterledigt". Jedenfalls aber wäre die Anstalt nur ersatzpflichtig, wenn der Kasse auch bei der Erledigung des Ersuchens durch ihre sonstigen Angestellten Auslagen erwachsen sein würden. Solche Auslagen sind nicht in Frage.

(Breithaupt.)

Beschäftigungsort im Sinne des § 155 RVO.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Berlin** (Beschlußkammer) vom 25. April 1922.

Nach § 155 RVO. gilt für Versicherte, die eine Betriebsverwaltung zu einer in verschiedenen Gemeinden wechselnden Beschäftigung angenommen hat, die Gemeinde als Beschäftigungsort, wo die unmittelbare Leitung der Arbeiten ihren Sitz hat. Diese Vorschrift kann nur für solche Versicherte Anwendung finden, bei denen ein Wechsel der Arbeitsstelle durch die Art der Beschäftigung selbst geboten ist. Sie kann also nicht Platz greifen, wenn Versicherte in Filialen einer Konsumgenossenschaft in verschiedenen Gemeinden beschäftigt werden und selbst dann nicht, wenn ihre Versetzung zu einer anderen Filiale im Vertrage vorgesehen ist und solche Versetzungen auch in größerem Umfange stattfinden. —

Angestellte in gehobener Stellung.

Beschlüsse des **Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung** vom 30. Juni 1921 (P. 129/21 und P. 194, 195/20).

a)

Der am 18. November 1889 in I. geborene S. besuchte die Bürgerschule, dann die kaufmännische Fortbildungsschule; er hat einen Beruf nicht erlernt. Nachdem er Bahnunterhaltungsarbeiter bei der Staatseisenbahn gewesen war, trat er am 1. Januar 1913 bei der Hamburger Hochbahn A.-G. ein. Er war zunächst Schaffner, dann Weichensteller. Mit Rücksicht auf den durch die Einziehung von Haltestellenaufsehern zum Heeresdienst eingetretenen Mangel wurde er vom 1. Juni 1915 bis 22. Mai 1917 und vom 1. bis 27. April 1918 als stellvertretender Haltestellenaufseher beschäftigt. Außerdem hatte er die Abrechnungen der Fahrkartenverkaufsstellen zu prüfen und war für die Monats- und Schlußabrechnungen verantwortlich. Er gibt an, daß er bei der Hochbahn mit der Absicht eingetreten sei, dort später eine feste Anstellung zu bekommen; da hierauf nicht zu rechnen gewesen sei, habe er sich anderweite Beschäftigung gesucht. Er ist jetzt bei der Staatseisenbahn auf dem Hauptbahnhof A. als Eisenbahngehilfe (diätarischer Beamter) angestellt und als solcher nach Bedarf abwechselnd im Aufsichtsdienst auf dem Bahnsteig und im Dienst im Telegraphenbureau beschäftigt.

Es entstand Streit über seine Versicherungspflicht. Das Oberschiedsgericht hat sie bejaht aus folgenden Gründen:

Das OSchG. trägt keine Bedenken, die Tätigkeit des S. als eine versicherungspflichtige Beschäftigung im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des VGfA. anzusehen. S. hatte nach den vorliegenden Vorschriften für Haltestellenaufseher das Personal auch auf der Strecke zu beaufsichtigen, die Aufsicht auf der Haltestelle auszuüben und für richtige Signalgebung, für die Beobachtung aller zur Sicherheit der Fahrgäste erlassenen Bestimmungen sowie für einen geordneten Zugverkehr zu sorgen. Diese Tätigkeit nahm ihn geistig in Anspruch, sie stellte ihn vor Entschlüsse, wie sie die Ausübung einer Handarbeit in der Regel nicht mit sich bringt. Es fehlt auch nicht die Verantwortung, die zwar allein nicht entscheidend ist, aber doch zu den Merkmalen einer gehobenen Stellung stets gehört. Dazu kommt die Nebenbeschäftigung bei der Fahrkartenverkaufsstelle, die allerdings allein nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Grund der Bek. vom 30. September 1916 war nicht gegeben. Nach der Vorbildung des S. war anzunehmen, daß er, nachdem er einmal, wenn auch nur vertretungsweise, in die gehobene Stellung eines Haltestellenaufsehers eingerückt war, danach streben würde, eine solche oder eine ihr gleichwertige Stellung nach Beendigung des Krieges zu erhalten.

b)

Der Markenkontrolleur M. in Z., der früher Häuer war, ist in dem Steinkohlenbergwerk der Gräflichen Schaffgotschschen Werke G. m. b. H. in B. als Markenaufseher tätig. Seine Beschäftigung besteht darin, daß er die Kontrollmarken für die Belegschaft unter Tage bei der Einfahrt auszugeben und nach der Schicht abzunehmen und auf die Kontrolltafeln aufzuhängen hat. Er hat nach der Einfahrt die Schichten der Belegschaft unter und über Tage im Markenkontrollbuch zu verzeichnen und nach Beendigung der Schicht zu

überwachen, ob die Belegschaft vollzählig ausgefahren ist. In der übrigen Zeit hat er eine tägliche Belegschaftsnachweisung zu führen. Er ist dem Grubenbetriebsführer unmittelbar unterstellt. Anordnungs- und Aufsichtsbefugnisse hat er nicht. Nach dem Stand vom Januar 1919 betrug sein Jahresgehalt 1900 M., dazu 380 M. Teuerungszulage, 300 M. Kinderzulage, 120 M. Wohnungsbeihilfe und 150 M. Remuneration. Er ist gegen vierwöchige Kündigungsfrist angestellt. Das Direktorium der RfA. steht mit der Arbeitgeberin wegen der Versicherungspflicht in Streit und hat deshalb unter dem 22. Juni 1918 Entscheidung gemäß § 210 VGfA. beantragt. Das Direktorium bejaht die Versicherungspflicht. Die zuständige Landesversicherungsanstalt, welcher der RA. Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben hat, rechnet M. zu den im § 1226 Ab. 1 Nr. 1 RVO. erwähnten Personen.

Das OSchG. hat die Versicherungspflicht des M. nach dem VGfA. bejaht aus folgenden Gründen:

Die Abgabe der Sache an das OSchG. war zulässig und geboten. Die Beschwerden sind auch sachlich begründet. Die Tätigkeit eines Markenaufsehers beruht auf § 224 Abs. 1 der Allgemeinen Bergpolizeiverordnung vom 18. Januar 1900/15. August 1904, wonach auf jedem in Betrieb befindlichen Bergwerk Einrichtungen bestehen müssen, mittels deren die auf demselben beschäftigten Arbeiter nach Person und Zahl jederzeit genau ermittelt werden können. Der Markenaufseher muß, um seinen Aufgaben gerecht werden zu können, ein gewisses Maß von Ordnungssinn und Fähigkeit zu leichtem Überblick haben. Auch ist seine Stellung eine Vertrauensstellung und mit einer nicht unerheblichen Verantwortung verbunden. Gleichwohl sind die Aufgaben des Markenaufsehers, die er als solcher zu erfüllen hat, nicht derartige, daß seine Stellung schon dadurch als eine werkmeisterähnlich gehobene im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des V.G. f.A. angesehen werden könnte. Im ganzen hat er, wie das Oberbergamt B. überzeugend ausführt, mechanische Arbeiten auszuführen. Aus der Stellung als Markenaufseher würde also an und für sich die Versicherungspflicht nicht herzuleiten sein. Indessen hat M. noch eine ganze Reihe anderer, namentlich schriftlicher Arbeiten zu leisten, die nach Art und Umfang seine Tätigkeit über die eines Arbeiters herausheben. Er hat außer der täglichen Belegschaftsnachweisung noch wöchentliche und monatliche Kontrollisten zu führen, die ihrer Anlage und ihrem Inhalt nach allerhand Einzelheiten berücksichtigen und deshalb mit Überlegung und Prüfung aufgestellt werden müssen. Aus diesen Gründen war die Tätigkeit des M., der übrigens auch früher schon versicherungspflichtig war, als versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des VGfA. zu erachten.

B. Zur Krankenversicherung.

Zur Ausführung des Gesetzes über Versicherung der Hausgewerbetreibenden.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt v. 8. Mai 1922 („Volksw." S. 277).

Zur Ausführung des Gesetzes über Versicherung der Hausgewerbetreibenden vom 30. April 1922 (RGBl. S. 465) bestimme ich:

1. Kommunale Verbände (§ 466) sind die Stadt- und Landkreise.
2. Wird innerhalb sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die Regelung nach den §§ 466, 467 nicht bewirkt, so erläßt das Oberversicherungsamt die erforderliche Bestimmung.

Zur Weiterversicherung Erwerbsloser. Wahrung der Frist des § 313 RVO.

Entscheidung des Versicherungsamts Mainburg v. 6. März 1922.

Die Packerin Anna F. war vor dem 25. September 1921 über 26 Wochen lang Pflichtmitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse München-Stadt. Vom 27. September 1920 bis zum 18. August 1921 und sodann wieder vom 29. August 1921 bis zum 31. Dezember 1921 war sie auf Grund des zwischen dem Stadtrat München und der Allgemeinen Ortskrankenkasse München-Stadt, gemäß § 18b der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. November 1921 (RGBl. S. 1335) abgeschlossenen Vertrages über die Versicherung der von der Stadt München unterstützten Erwerbslosen bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München-Stadt gegen Krankheit versichert. Vom 19. August bis zum 28. August 1921 war sie als Hopfenpflückerin bei Joseph B. in R. bei Mainburg tätig und Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse Mainburg. Als sie am 31. Dezember 1921 wegen Aussteuerung weitere Erwerbslosenunterstützung nicht mehr erhielt und daher bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München-Stadt abgemeldet wurde, stellte sie am 4. Januar 1922 bei dieser Kasse Antrag auf freiwillige Weiterversicherung. Da noch einige Erhebungen notwendig waren, konnte ihr erst am 16. Januar 1922 mitgeteilt werden, daß für ihre Weiterversicherung die Allgemeine Ortskrankenkasse Mainburg zuständig sei. Dort ging ihre Anmeldung erst am 24. Januar 1922 ein, weshalb sie von der Kasse abgewiesen wurde. — Ihrer Beschwerde gab das Versicherungsamt statt aus folgenden Gründen:

Nach § 12 d. Abs. II der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge kann ein Erwerbsloser, der bei Beginn der Erwerbslosenunterstützung nach § 12a dieser Verordnung zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt gewesen wäre, von diesem Rechte aber keinen Gebrauch gemacht hat und nun nach § 12b der Verordnung bei einer Vertragskasse versichert wird, nach Beendigung der Erwerbslosenunterstützung bei seiner früheren Kasse die Versicherung fortsetzen, wie wenn er bis dahin in dieser Kasse gewesen wäre, sofern er ihr binnen drei Wochen seinen Wiedereintritt erklärt. Als diese frühere Kasse hat die Allgemeine Ortskrankenkasse Mainburg zu gelten. Denn bei ihr war F. zuletzt in der Zeit vom 19. bis 28. August 1921

auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gemeldet.

Als sie nach deren Aufgabe am 29. August 1921 in München wieder als erwerbslos bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München-Stadt durch den Stadtrat München versichert wurde, wäre sie berechtigt gewesen, sich gemäß § 313 RVO. in Verbindung mit 12a der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Mainburg freiwillig weiterzuversichern, da sie im Jahre vor ihrem Ausscheiden aus der letztgenannten Kasse mindestens 26 Wochen gegen Krankheit versichert war.

Besteht sonach an der Zuständigkeit der Allgemeinen Ortskrankenkasse Mainburg für die freiwillige Weiterversicherung der F. kein Zweifel, so ist nur zu fragen, ob die Anmeldung bei dieser Kasse rechtzeitig innerhalb der vorgeschriebenen Frist von 3 Wochen erfolgt ist. Fest steht, daß Anna F. innerhalb der Dreiwochenfrist bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München-Stadt den Antrag auf Weiterversicherung gestellt hat, daß dieser Antrag aber erst nach Feststellung der Unzuständigkeit dieser Kasse am 23. Januar 1922, also verspätet, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Mainburg einging. Obwohl nun das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 5. November 1920 (s. „Blätter für Armenpflege und soziale Versicherung" 1921 S. 158) ausgesprochen hat, daß nur die Anmeldung bei der richtigen Kasse innerhalb der Frist des § 313 RVO. ein Anrecht auf Weiterversicherung gibt, hat das Versicherungsamt dennoch angenommen, daß die am 4. Januar 1922 bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse München-Stadt irrtümlicherweise erfolgte Anmeldung der F. auch für die Allgemeine Ortskrankenkasse Mainburg bindend sei. Es ließ sich dabei von folgenden Erwägungen leiten: Der Entscheidung des Reichsversicherungsamts liegt der Normalfall des § 313 RVO., d. i. der Fall zugrunde, in welchem bei Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und aus der hierfür zuständigen Kasse die Weiterversicherung nur bei dieser Kasse erfolgen kann. Das Reichsversicherungsamt nimmt ohne Zweifel an, daß es eine Selbstverständlichkeit ist, daß sich der Ausscheidende hier nur bei dieser Kasse weiterversichern kann, daß ihm daher eine irrtümliche Anmeldung bei einer anderen Kasse als Selbstverschulden angerechnet werden muß. Bei der Versicherung auf Grund Bezugs von Erwerbslosenunterstützung ist das Verhältnis jedoch ein anderes. Hier ist zwar für die Versicherung nach § 12a der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge nur die für die Weiterversicherung nach § 313 RVO. in Betracht kommende, d. i. die bisherige Kasse zuständig. Wird aber seitens des Erwerbslosen von dem ihm nach § 12a eingeräumten Rechte kein Gebrauch gemacht und tritt nun die Versicherung nach § 12b ein, so ruht das Recht auf Weiterversicherung nach § 313 RVO. bis zur Beendigung der Versicherung nach § 12b der Verordnung. Es ist also für die Weiterversicherung von vornherein eine andere Kasse zuständig, als es diejenige war, welche für die Versicherung auf Grund der Erwerbslosenunterstützung in Betracht kam. Es kann nach Anschauung des Versicherungsamts der rechtsunkundigen Bevölkerung nicht zugemutet werden, sich in den Schwierigkeiten, welche hierbei für die Weiterversicherung entstehen, ohne weiteres zurechtzufinden. Es darf ihnen namentlich nicht zum Schaden angerechnet werden, wenn sie es als selbstverständlich ansehen, die Anmeldung zur Weiterversicherung bei der Kasse zu betätigen, bei der bisher die Versicherung bestanden hat. Der sich Weiterversichernde folgt hier nur seinem natürlichen Empfinden, das ihn diejenige Kasse als zuständig ansehen läßt, bei welcher er bisher Mitglied war. Eine andere Auslegung hätte auch noch den Nachteil, daß, wenn sich Erhebungen über die Zuständigkeit der Kasse, wie sie auch hier gepflogen werden mußten, über die Dreiwochenfrist hinausziehen, die Anmeldung bei der zuständigen Kasse als verspätet zurückgewiesen werden müßte und der sich Weiterversichernde trotz rechtzeitiger Anmeldung geschädigt wäre. Daß im vorliegenden Falle die Erhebungen noch so rechtzeitig abgeschlossen waren, daß an sich eine rechtzeitige Anmeldung hätte erfolgen können, muß ohne Bedeutung bleiben, wenn nicht eine unterschiedliche Behandlung der sich zur Weiterversicherung anmeldenden Personen Platz greifen soll.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Vergütungssätze für Einziehung der Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 24. April 1922 („Volkswohlfahrt" S. 254).

Den Höchstsatz der Vergütung, welche die Landesversicherungsanstalten den Orts-, Land-, Innungs- und Knappschaftskrankenkassen für die Einziehung der Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu gewähren haben (§ 1449 RVO.), setzen wir hiermit mit der Wirkung vom 1. Oktober 1921 ab auf 14 Pf. für jede Beitragswoche fest. Die Vergütung für die Betriebskrankenkassen kommt in Fortfall.

Anmerkung: Die „Betriebskrankenkasse" (Heft 11 S. 115) bemängelt den letzten Satz als mit dem Gesetz (§§ 1447, 1449 RVO.) nicht vereinbar.

Dieser Satz dürfte aber auf der Erwägung beruhen, daß bei den Betriebskrankenkassen ein Einziehungsverfahren zu Lasten der Kasse gar nicht in Frage komme; denn die Markenverwendung sei Sache des Arbeitgebers, und wenn statt dessen die Einziehung der Beiträge durch die Betriebskrankenkasse besorgt werde, sei dennoch nicht diese, sondern gemäß § 362 Abs. 1 RVO. der Arbeitgeber zur Tragung der dadurch entstehenden Kosten verpflichtet. Zu vgl. „Ortskrankenkasse" 1921 Sp. 53; auch über die andersartige Rechtslage im Falle des § 1455 Ziff. 1: Entsch. des RVA. 2329, Amtl. Nachr. 1917 S. 400, ArbVers. 1917 S. 444.

Unzulässigkeit des Rechtswegs bei Ansprüchen einer Krankenkasse gegen die Landesversicherungsanstalt auf Ablieferung von Beiträgen.

Urteil des **Reichsgerichts** vom 16. Dezember 1921.

Der von der beklagten Landesversicherungsanstalt auf Grund von § 148 Abs. 1 des InvVG. in W. errichteten örtlichen Hebestelle ist von dem zuständigen Regierungspräsidenten gemäß Abs. 4 der erwähnten Vorschrift die Einziehung der Krankenversicherungsbeiträge für die Allgemeine Ortskrankenkasse zu W. (Klägerin) mit deren Zustimmung übertragen worden. Der bei der Hebestelle als Rendant angestellte Landessekretär S. und der von der Klägerin gestellte Kassengehilfe B. unterschlugen solche Beiträge. Die Klägerin begehrt im vorliegenden Rechtsstreit die Verurteilung der Beklagten zur Erstattung der veruntreuten Beträge nebst Zinsen. Die von den Vorinstanzen sachlich beschiedene Klage auf Erstattung wurde vom RG. wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges abgewiesen. Aus den Gründen:

Die Klägerin stützt ihren Anspruch in erster Linie auf ein Abkommen, durch welches die Beklagte die Einziehung der Krankenkassenbeiträge und die Ablieferung der eingegangenen Summen an sie übernommen haben soll, sie will aber auch aus dem Gesetz (§ 148 Abs. 4 InvVG., § 1450 RVO.) die Ablieferungspflicht der Beklagten entnommen wissen. Die Grundlage ihres Anspruchs ist sonach öffentlich-rechtlicher Natur. Hieran ist insbesondere auch insoweit nicht zu zweifeln, als sich die Klägerin auf eine Vereinbarung bezieht, deren Zweck nur in der Erleichterung der Beitragserhebung, also nicht, wie die Klägerin meint, in der Förderung nur privatrechtlicher Interessen bestanden haben kann. Für öffentlich-rechtliche Ansprüche ist nun der Rechtsweg verschlossen, soweit nicht ausnahmsweise den ordentlichen Gerichten die Entscheidung über solche zugewiesen ist (§ 13 GVG.). Eine derartige Sondervorschrift ist in bezug auf Rechtsverhältnisse der vorliegenden Art weder im Reichsrecht noch in dem maßgebenden Landesrecht enthalten. Ob aber die Gesetze für die Durchführung und Verwirklichung des erhobenen Anspruchs im Verwaltungswege eine Handhabe bieten, bedarf nicht der Prüfung. Selbst wenn es nicht der Fall wäre, insbesondere auch die §§ 30 und 33 RVO. eine Hilfe nicht gewährten, so würde daraus die Zulässigkeit des Rechtswegs noch nicht folgen (RG. 83, S. 304, insbesondere S. 306 unten). Die Klägerin begründet zwar die Klagforderung auch noch mit dem schuldhaften Verhalten der untreuen Beamten unter Hinweis auf die §§ 278, 831 BGB. Allein dies ist nur eine Geltendmachung des öffentlich-rechtlichen Anspruchs auf Auslieferung der eingehobenen Beträge unter der Hülle einer Schadensersatzforderung, und auf einem solchen Umwege kann ein dem Rechtsweg entzogener Anspruch von dem ordentlichen Richter nicht gebracht werden (RG. 87 S. 120; 97 S. 180). Endlich ist die Verfolgbarkeit vor dem Zivilrichter auch der Schadenforderung zu versagen, welche die Klägerin mit dem Vorbringen zu rechtfertigen sucht, daß die beiden pflichtvergessenen Beamten sich durch die Veruntreuungen, ferner durch die Nichtüberwachung des B. und das unterbliebene Einschreiten gegen ihn, sich ihr gegenüber einer Verletzung der Amtspflicht schuldig gemacht hätten, die nach § 830 BGB. verbunden mit dem Beamtenhaftpflichtgesetz v. 1. Aug. 1909 die Haftpflicht der Beklagten nach sich ziehe. Allerdings gehörten Klagen gegen öffentliche Beamte (vgl. hierzu für den vorliegenden Fall § 98 InvVG. und § 1348 RVO. sowie RG. 99 S. 269) wegen Amtspflichtverletzungen vor dem Inkrafttreten des bezeichneten Gesetzes zu den bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten im Sinne von § 13 GVG. und, da jenes Gesetz an Stelle der Haftung des schuldigen Beamten nur die des Staates usw. setzte, nicht aber den Rechtsweg einschränkte, so gilt dies nunmehr auch für die aus dessen Vorschriften abgeleiteten Ansprüche (RG. 87 S. 119; 91 S. 49). Bei der besonderen Lage des gegenwärtigen Falles jedoch, die durch die offensichtliche, schon von den Vorinstanzen hervorgehobene Unanwendbarkeit des Beamtenhaftpflichtgesetzes (s. § 4 das.) gekennzeichnet wird, mußte auch in dieser Art der Klagbegründung lediglich ein Versuch der Klägerin erblickt werden, sich durch Geltendmachung des öffentlich-rechtlichen Herausgabeanspruchs in Gestalt einer Schadensersatzforderung die Verfolgung vor den ordentlichen Gerichten zu ermöglichen. Es mußte deshalb auch insoweit der Rechtsweg für unzulässig angesehen werden.

Anmerkung: Zu diesem in der Jur. Wochenschr. (1922 S. 584) veröffentlichten Urteile bemerkt Rechtsanwalt Dr. Baum a. a. O.:

Die Entsch. erscheint zutreffend. Nach § 1450 RVO. kann die oberste Verwaltungsbehörde mit Zustimmung der Krankenkasse die Beiträge auch für diese von den örtlichen Hebestellen, die die Landesversicherungsanstalt für die Invalidenversicherung eingerichtet hat, einziehen lassen. Die Kasse übernimmt einen Teil der Kosten. Das Nähere bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde nach Anhören der beteiligten Versicherungsträger. In Preußen ist durch Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe v. 27. Juni 1912 (MinBl. der Handel- und Gewerbeverwaltung S. 389) die Entscheidung, ob und inwieweit die Krankenkassenbeiträge durch örtliche

Hebestellen einzuziehen sind, den Regierungspräsidenten übertragen. Die Einziehung der Beiträge für die Krankenkassen durch die Hebestellen beruht also stets auf einer Anordnung der Verwaltungsbehörde und ist somit ein Akt des öffentlichen Rechts. Da die Versicherungsträger Aufgaben, die außerhalb ihres Zuständigkeitskreises liegen, durch privatrechtlichen Vertrag nicht übernehmen können, kann ein Abkommen zwischen Krankenkasse und Landesversicherungsanstalt nur die Bedingungen für die in § 1450 vorgesehene Zustimmung der Krankenkasse enthalten. Ein solches Abkommen aber würde lediglich eine Vorbereitung für den, die Grundlage der Einziehungstätigkeit der Hebestelle bildenden Verwaltungsakt sein. Es wäre niemals ein selbständiger Vertrag, geschweige denn ein solcher des Privatrechts. Die Schadensersatzforderungen scheitern schon daran, daß die Veruntreuungen immer nur zum Schaden der Landesversicherungsanstalt begangen wären und auf deren öffentlich-rechtliche Pflicht zur Ablieferung der Beiträge ohne Einfluß bleiben würden. Der Kasse ist also durch die Veruntreuung der Beamten überhaupt niemals ein Schaden entstanden.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Durch den Friedensvertrag bedingte Änderungen der Sozialversicherung.

Der Bericht des Reichsversicherungsamts für das Jahr 1921 enthält hierüber folgendes:

Die durch den Vertrag von Versailles nötig gewordene Auseinandersetzung hinsichtlich der Sozialversicherung in den vom Deutschen Reiche abgetrennten oder vorübergehend unter fremde Regierung gestellten Gebieten hat das Reichsversicherungsamt im Jahre 1921 umfangreich beschäftigt und ist nur zum Teil beendigt. Die Frage der Unfallversicherung der von den Besatzungsmächten beschäftigten deutschen Arbeiter ist noch ungelöst. Es schweben zur Zeit Ermittlungen über die Zahl und Art der vorgekommenen Unfälle. Auch wird grundsätzlich zur Frage der Haftung der deutschen Versicherungsträger Stellung genommen werden müssen, einer Frage, die bisher im Rechtszug nur die unteren Instanzen beschäftigt hat.

Durch Verordnungen der Regierungskommission des Saargebiets sind im Jahre 1921 auf Grund der Bestimmungen in den §§ 19, 23 der Anlage zu Artikel 45 bis 50 des Vertrags von Versailles besondere Versicherungsbehörden für das Saargebiet (einschließlich eines Landesversicherungsamts in Saarlouis) und besondere Versicherungsträger — eine alle gewerblichen Betriebe mit Ausnahme der bergbaulichen umfassende Berufsgenossenschaft, eine Knappschafts- und eine landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft sowie eine Versicherungsanstalt — errichtet. Zur Regelung der Auseinandersetzung zwischen den beiderseitigen Versicherungsträgern haben Verhandlungen von Vertretern der Reichsregierung und der Regierungskommission des Saargebiets im Dezember 1921 in Frankfurt a. M. stattgefunden, an denen auch Vertreter des Reichsversicherungsamts teilgenommen haben.

Die im vorjährigen Geschäftsbericht erwähnten Verhandlungen mit der Regierung des Danziger Freistaats über ein Abkommen über die Sozialversicherung sind noch nicht abgeschlossen. Vorläufig werden von den deutschen Versicherungsträgern die Geschäfte der deutschen Sozialversicherung im Danziger Gebiete fortgeführt. Das Gesetz, betreffend Änderung in der Unfallversicherung vom 11. April 1921 (RGBl. 1921 S. 467) und die Ausführungsbestimmungen dazu hat Danzig mit den für Danzig notwendigen Änderungen, im übrigen aber unverändert angenommen.

Das geplante vorläufige Abkommen zur Regelung der Sozialversicherung im Memelgebiete zwischen diesem und dem Deutschen Reiche ist noch nicht zustande gekommen. Zu einem neuen Entwurfe dieses Abkommens hat sich das Reichsversicherungsamt geäußert; die zuständigen Referenten haben ferner an Besprechungen über diesen Gegenstand im Reichsarbeitsministerium teilgenommen. Inzwischen haben die meisten deutschen Versicherungsträger die Unfallversicherung im Memelgebiete fortgeführt; für die landwirtschaftliche Unfallversicherung, einschließlich der der Gartenbaubetriebe, hat die Regierung des Memelgebiets aber inzwischen eine eigene landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft errichtet.

Als erstes der nach Artikel 312 des Vertrags von Versailles zu schließenden Abkommen kam das deutsch-belgische zustande. Das Gesetz über dieses Abkommen vom 20. Juli 1921 ist im Reichsgesetzblatt S. 1177 veröffentlicht. Durch § 1 der Ausführungsbestimmungen vom 7. Oktober 1921 (RGBl. S. 1288), zu deren Entwurf sich das Reichsversicherungsamt geäußert hatte, ist das Reichsversicherungsamt als Abrechnungsstelle im Sinne des Artikel 9 des Abkommens eingesetzt worden. Die Verhandlungen mit den an der Auseinandersetzung beteiligten Berufsgenossenschaften zur Übergabe der Unterlagen behufs Prüfung der angemeldeten Posten sowie Festsetzung der übergehenden Renten und abzugebenden Werte sind eingeleitet. Die Akten über die beim Reichsversicherungsamt anhängigen Streitsachen, zu deren Entscheidung das Reichsversicherungsamt nach dem Abkommen nicht mehr zuständig ist, sind an Belgien abgegeben worden.

Im Verhältnis zur Tschechoslowakischen Republik hat sich im Laufe des Jahres 1921 auf dem Gebiete der Sozialversicherung nichts geändert. Verhandlungen, an denen das Reichsversicherungsamt beteiligt war, haben im Berichtsjahre nicht stattgefunden.

Über das zwischen dem Deutschen Reich und Dänemark nach Artikel 312 des Vertrages von Versailles zu schließende Abkommen zur Regelung der Sozialversicherung in den abgetretenen Gebieten Nordschleswigs haben wiederholt Verhandlungen zwischen deutschen und dänischen Stellen stattgefunden. An den Besprechungen über den Entwurf eines solchen Abkommens im Reichsarbeitsministerium war auch das Reichsversicherungsamt beteiligt. Das Abkommen ist am 28. November 1921 in Kopenhagen unterzeichnet worden.

Die Verhandlungen zwischen der deutschen und der französischen Regierung zur Ausführung des Artikel 77 Ab. 3 des Vertrages von Versailles haben zu keiner Einigung geführt; auf Grund der Vorschläge eines gemäß Artikel 312 Abs. 4 a. a. O. gebildeten internationalen Ausschusses ist die im Rgbl. von 1921 S. 1289 ff. abgedruckte Entscheidung des Rates des Völkerbundes über die Sozialversicherung in Elsaß-Lothringen ergangen. In Ausführung dieser Entscheidung sind die Berufs-

genossenschaften angewiesen worden, Urkunden und Akten, die auf die an Frankreich übergegangenen Betriebe und Rentenempfänger Bezug haben, durch Vermittlung der deutschen Restitutionsstelle in Frankfurt a. M. an Frankreich abzuliefern und diejenigen Entschädigungszahlungen festzustellen, die nach Artikel I §§ 13, 14 von den französischen Versicherungsträgern zu erstatten sind. Rentenberechtigte, die am 1. Januar 1919 in Elsaß-Lothringen ihren Wohnsitz hatten, sind auf Grund der in Artikel I § 8 der Entscheidung vorgesehenen Auseinandersetzung zwischen den deutschen und den französisch gewordenen Berufsgenossenschaften von französischer Seite zu entschädigen. Nach § 9 a. a. O. werden aber Renten, die an Personen zu zahlen sind, die in der Zeit vom 1. Januar 1919 bis zum 10. Januar 1920 ihren Wohnsitz von Frankreich nach Deutschland verlegt haben, ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit vom ersten Tage des auf die Wohnsitzverlegung folgenden Monats ab zu Lasten deutscher Berufsgenossenschaften übernommen. Später überwandernde Personen werden nach den für den Fall der Auswanderung geltenden gesetzlichen Vorschriften behandelt (§ 11 a. a. O.). Hiernach können Renten nach dem 10. Januar 1920 von Elsaß-Lothringen nach Deutschland übergewanderter Personen von dem französischen Versicherungsträger unter Umständen auf Grund des § 615 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung zum Ruhen gebracht werden. Um solche Personen bis zum Erlaß eines deutschen Ausführungsgesetzes zu der Entscheidung des Völkerbundsrats nicht ohne Fürsorge zu lassen, ist vom Reichsversicherungsamte beim Reichsarbeitsministerium angeregt worden, daß das Reichsversicherungsamt ermächtigt werde, für sie eine vorläufige Fürsorge durch Vermittlung der Berufsgenossenschaften in die Wege zu leiten. Diese Ermächtigung ist gegen Jahresschluß erteilt worden.

Die mit Polen geführten Verhandlungen über die durch den Versailler Vertrag unmittelbar polnisch gewordenen Gebiete sind Anfang 1921 als ergebnislos abgebrochen worden. Die Entscheidung liegt nunmehr nach Artikel 312 Abs. 4 des Vertrags von Versailles beim Rate des Völkerbundes.

Hinsichtlich der Regelung der Sozialversicherung in dem polnisch gewordenen Teile Oberschlesiens haben im Berichtsjahr eingehende Beratungen im Reichsarbeitsministerium stattgefunden, an denen auch Vertreter des Reichsversicherungsamts beteiligt waren. Ein im Verfolg dieser Verhandlungen aufgestellter Entwurf hat als Grundlage für die im Dezember 1921 in Kattowitz im Rahmen der deutsch-polnischen Wirtschaftsverhandlungen über Oberschlesien geführten Besprechungen gedient.

Der Bericht des Reichsversicherungsamts über die Rechnungsergebnisse der Träger der Unfall- und der Invalidenversicherung für 1920.

Der Bericht ist als Heft 1 der Amtl. Nachr. des RVA. v. 15. 1. 22 erschienen, aber erst im Mai ausgegeben worden. Er enthält ein sehr umfangreiches Zahlenmaterial mit Vorbemerkungen, aus denen wir folgendes herausheben:

A. Unfallversicherung:

Infolge der Abtretung Elsaß-Lothringens und des größten Teils der Provinz Posen scheiden die Rechnungsergebnisse der Textil-Berufsgenossenschaft von Elsaß-Lothringen, der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Unter-Elsaß, Ober-Elsaß und Lothringen, der Posenschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft sowie der in diesen Gebieten befindlichen Ausführungsbehörden aus.

Von der Westpreußischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft waren die Rechnungsergebnisse für das Jahr 1920 trotz wiederholter Mahnung nicht zu erlangen (!). Es sind daher die für 1919 abgedruckt worden.

Den bayrischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften — mit Ausnahme der anders organisierten Coburgischen — war es wegen der ausstehenden Abrechnungen der mit ihrer Kassenführung nach landesgesetzlicher Vorschrift betrauten Finanzämter nicht möglich, Rechnungsergebnisse vorzulegen (!). Nur die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Schwaben hat vorläufige Rechnungsergebnisse aufstellen können, die in die Zusammenstellung übernommen worden sind. Bei den übrigen mußten die Rechnungsergebnisse für 1919, bei der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Pfalz sogar für 1918, wieder eingesetzt werden. Hieraus ergibt sich, daß die Gesamtzahlen mit denen der früheren Jahre nicht ohne weiteres vergleichbar sind.

Es ist noch zu bemerken, daß im Jahre 1921 die „Detailhandels-Berufsgenossenschaft" die Bezeichnung „Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel" und die „Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und -Reittierbesitzer" die Bezeichnung „Genossenschaft für die Reichsunfallversicherung der Fahrzeug- und Reittier-Haltungen" angenommen haben.

B. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung:

Die Kosten für Heilverfahren, Invalidenhauspflege und Allgemeine Verwaltung sind mit den Kosten der früheren Jahre nicht streng vergleichbar, da durch die Rechnungsbestimmungen vom 30. Dez. 1911 ein anderer Maßstab für die Ermittlung der buchmäßigen Nutzungen von Grundstücks- und baulichen Anlagen vorgeschrieben worden ist und buchmäßige Nutzungen von der beweglichen Einrichtung erst seit dem Jahre 1912 berechnet werden. Im einzelnen wird dazu folgendes bemerkt:

Die Gesamtausgabe der Versicherungsträger für das Heilverfahren (§ 1269 ff. RVO.) belief sich auf 151 654 652,12 M. Davon entfallen auf die Versicherungsanstalten 137 484 011,07 M., auf die Sonderanstalten 14 170 641,05 M. Aus der Tabelle II a, die diese Ausgaben näher erläutert, geht des weiteren hervor, daß an Ersatzleistungen und Zuschüssen zu den Kosten des Heilverfahrens von Krankenkassen, von Trägern der Unfallversicherung oder von anderer Seite den Versicherungsanstalten insgesamt 19 589 360,94 Mark und den Sonderanstalten 3 335 059,41 M., zusammen 22 924 420,35 M. zugeflossen sind, und zwar sind hieran die Krankenkassen am meisten, nämlich mit 19 272 557,71 M. beteiligt, während sich die Ersatzleistungen von Trägern der Unfallversicherung nur auf 47 310,27 M. belaufen. An sonstigen Ersatzleistungen und Zuschüssen zu Heilbehandlungsfällen haben die Versicherungsträger insgesamt 3 604 552,37 M. erhalten.

An Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Personen sind als Hausgeld (§§ 1271 und 1305 RVO.) bei den Versicherungsanstalten 5 393 567,81 M. und bei den Sonderanstalten 1 470 296,24 M., zusammen 6 863 864,05 M. gezahlt worden.

Für sonstige allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Be-

völkerung gemäß § 1274 RVO. wurden von den Versicherungsanstalten 14 549 966,68 M. und von den Sonderanstalten 398 713,09 M., im ganzen 14 948 679,77 M. ausgegeben.

Auf 100 M. der Beitragseinnahme entfallen an Ausgaben für das Heilverfahren 26,94 M., und zwar 28,02 M. bei den Versicherungsanstalten 1 bis 30 und 19,63 M. bei den Sonderanstalten. Den höchsten Durchschnittssatz hat die Landesversicherungsanstalt Berlin mit 68,87 M. aufzuweisen, den niedrigsten die Allgemeine Knappschaftspensionskasse für Sachsen mit 2,31 M.

Über die Invalidenhauspflege (§ 1277 RVO.) enthält Tabelle IIb nähere Angaben. Danach sind im Jahre 1920 insgesamt 7 330 718,84 M. für Invalidenhauspflege verausgabt worden. Durch Einbehaltung der Renten wurden 700 125,41 M. ersetzt und durch Ersatzleistungen und Zuschüsse von anderer Seite 629,442,46 M. erstattet, so daß den Versicherungsträgern aus der Durchführung der Invalidenhauspflege eine endgültige Ausgabe von 6 001 150,97 Mark erwachsen ist. Auf die Versicherungsanstalten entfallen davon 5 613 017,60 M., auf die Sonderanstalten 388 133,37 M.

Für Waisenhauspflege (zu vgl. Tabelle IIc) wurden im ganzen 2 381 092,55 M. aufgewendet. Da hierzu 189 649,98 M. an Waisenrenten und sonstigen Ersatzleistungen und Zuschüssen verwendet wurden, so beläuft sich die Reinausgabe auf 2 191 442,57 M.

Die Mehrleistungen auf Grund des § 1400 der RVO. betrugen bei den Versicherungsanstalten 2 865 768,41 M. Es sind dies vom Reichsrate genehmigte, über die im § 1271 a. a. O. vorgeschriebene Höhe hinausgehende Aufwendungen für Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Versicherten. Die Mehrleistungen der Sonderanstalten beliefen sich auf 1 017 125,23 M.

Schiedsspruch zwischen Krankenkassen und Zahnärzten, betreffend neue Tarifsätze.

Das im Heft 6 S. 94 mitgeteilte Abkommen ist abgelaufen. Die Zahnärzte beanspruchten neue Erhöhungen der Sätze. Verhandlungen hierüber führten zu keinem Erfolge. Die Beteiligten verständigten sich aber dahin, daß der Reichsarbeitsminister drei Unparteiische bestelle, die unter Mitwirkung je dreier Vertreter der Kasse und der Zahnärzte ein Schiedsgericht bilden und einen verbindlichen Schiedsspruch fällen sollten. Dies geschah. Das Schiedsgericht fällte nach Erörterung der Sache am 29. 5. 22 folgenden Schiedsspruch:

Die Zahlung erfolgt nach zwei Gruppen. Zur Gruppe I gehören die Orte der Reichsbesoldungsordnung Klasse A und B, zur Gruppe II die Orte der Klassen C, D, E. Für Gruppe I gelten vom 1. April bis 30. Juni 1922 folgende Sätze:

1. Beratung eines Kranken einschl. Untersuchung und etwaiger schriftlicher Verordnung:
   a) in der Wohnung des Zahnarztes (Beratungsgebühr) . . . . . . 10 M.
   Die Berechnung einer Beratung ist jedoch unzulässig, wenn eine Verrichtung berechnet wird.
   b) in der Wohnung des Kranken (Besuchsgebühr) . . . . 20 „
2. Ausziehen eines Zahnes oder dessen Wurzeln . . . . 15 „
3. Örtliche Betäubung bei chirurgischen Eingriffen durch Injektion für jeden Zahn . . . . 10 „
   jedoch für eine Kieferhälfte nicht mehr als . . . . 20 „
4. Abätzung einer Zahnpulpa (als alleinige Leistung) . . . . 15 „
5. a) Füllung eines pulpakranken oder toten Zahnes einschl. vorhergegangener Wurzelbehandlung . . . . 60 „
   b) Füllung aus plastischem Material (Silber oder Kupferamalgam, Zement oder Guttapercha) . . . . 30 „
   c) für Silikatfüllung ein Zuschlag von 10 „ (nur bei den 6 oberen und unteren Frontzähnen zulässig)
6. Behandlung von Munderkrankungen einschl. Zahnsteinentfernung: für jede Sitzung . . . . 15 „
7. a) Große operative Eingriffe: (Wurzelspitzenresektion, Zystenexstirpationen, Entfernung von Tumoren, größere Resektionen, plastische Mundoperationen, größere Ausmeißelungen verlagerter, tieffrakturierter Zähne, Unterbindungen u. ähnl.) . 120 „
   b) Mittlere operative Eingriffe: (Partielle Resektion der Zahnfortsätze, Exstirpation kleiner Epuliden, kleinere Ausmeißelungen, plastische Mundoperationen kleineren Umfanges, Aufklappungen, Auskratzungen u. ähnl.) . . . . 80 „
   c) Kleine operative Eingriffe: (Spaltung und Auskratzung von Fisteln, Eröffnung von Abszeßhöhlen, Operationswunden, Entfernung kleinerer Sequester und Fremdkörper u. ähnl.) . . . . 15 „
   d) Nachbehandlung bei operativen Eingriffen für jede Sitzung . . . 12 „
8. Stillung einer bedrohlichen Nachblutung (bei schwierigeren Fällen und größerem Zeitaufwande nach Begründung entsprechend mehr) . . . . 20 „
9. Für die Behandlung in der Nachtzeit (von abends 8 bis morgens 8 Uhr) tritt zu den vorgenannten Sätzen ein einmaliger Zuschlag von . . . . . 40 „

In Gruppe II findet ein Abschlag von 10 v. H. statt mit Ausnahme der Positionen Ia und b.

Für Bescheinigungen und Auskünfte, z. B. über Arbeitsunfähigkeit, für Feststellungen und alle schriftlichen Äußerungen, die für die Kassen notwendig werden, wird eine besondere Vergütung nicht bezahlt.

Fürs besetzte Gebiet werden Zuschläge nicht bezahlt.

Über eine einheitliche Krankenkassenstatistik in der Rheinprovinz

schreibt Dr. Schoppen (Düsseldorf) in der „Sozialen Praxis" (v. 17. 5. 22 Sp. 553 ff.):

In den deutschen Krankenkassen dürften auch heute noch mehr als 15 Millionen Personen versichert sein. Die Zahl der jährlich bei den Kassenmitgliedern zu verzeichnenden Krankheitsfälle ist so gewaltig, daß sie in geeigneter Weise statistisch erfaßt und aufbereitet Unterlagen für Beurteilung des Gesundheitszustandes und für die Maßnahmen der Gesundheitspflege im ganzen und im einzelnen geben dürften. Und doch ist man in Deutschland wie auch in den einzelnen Staaten des Reichs bei Versuchen zur Einführung einer einheitlichen Kranken-

kassenstatistik, die diesem Zwecke dienen könnte, über die ersten Anfänge nicht hinausgekommen. Der Gründe dafür gibt es viele. Sie mögen hier übergangen sein. Um so mehr ist zu begrüßen, daß jetzt ein ernster Versuch, wenigstens in einem größeren Teilgebiet Deutschlands zu einer einheitlichen Krankenkassenstatistik zu kommen, durch die die bei den Kassen vorhandenen Unterlagen der sozialen Hygiene nutzbar gemacht werden können, unternommen ist, und daß dieser Versuch zu greifbaren Ergebnissen geführt hat. Er geht vom Regierungspräsidenten in Düsseldorf aus. Auf seine Veranlassung hin wurde ein Ausschuß gebildet, in dem Ärzte, Fachstatistiker und die Vertreter der Spitzenverbände der rheinischen Krankenkassen in gemeinsamen Beratungen Grundsätze für eine einheitliche Statistik festgelegt haben, nach denen vom 1. Januar d. J. ab alle in der Rheinprovinz ansässigen Krankenkassen die Statistik führen sollen.

Welche Forderungen man an eine dem genannten Zwecke gerecht werdende Statistik zu stellen hat, darüber besteht wenigstens in den Grundzügen kein erheblicher Zweifel. Auch der Ausschuß war sich klar darüber, was zu erreichen wünschenswert sei. Mit diesen Wünschen mußte jedoch die Möglichkeit der Erfüllung durch die Krankenkassen in Einklang gebracht werden. Und hierbei boten sich so viele Schwierigkeiten, daß sich mancher Abstrich von dem, was als wünschenswert angesehen wurde, als unumgänglich notwendig erwies. Die für erforderlich erachteten Einschränkungen beziehen sich vor allem auf drei Tatsachen. Zunächst auf die Außerachtlassung derjenigen Erkrankungsfälle, die nicht mit Arbeitsunfähigkeit verbunden sind; sodann auf die Nichtberücksichtigung der Versicherungsberechtigten sowie sämtlicher Familienmitglieder der Versicherten; und schließlich auf die Vernachlässigung der Krankheitsdauer.

Von der Einbeziehung der Erkrankungsfälle ohne Arbeitsunfähigkeit mußte — so erwünscht sie an und für sich gewesen wäre, weil erst sie ein einigermaßen vollständiges Bild von der Erkrankungshäufigkeit und damit dem Gesundheitszustande geben würde — von vornherein abgesehen werden, weil über die arbeitsfähigen Kranken zuverlässige Unterlagen bei den Krankenkassen vielfach nicht vorhanden sind. Eine Berücksichtigung auch der freiwillig Versicherten sowie der Familienmitglieder überhaupt, die sich beide zum größten Teil aus Nichterwerbstätigen zusammensetzen, ist unterblieben. Einmal, weil mit zunehmender Zahl derselben das Bild von dem Krankheitszustand der erwerbstätigen Bevölkerung getrübt und verschleiert würde; sodann aber weil eine gesonderte statistische Bearbeitung der Erkrankungsfälle der Versicherungsberechtigten mit einer Mehrarbeit verknüpft wäre, die den Kassen nicht gut zugemutet werden konnte. Aus demselben Grunde ist auch von einer Feststellung der Krankheitsdauer abgesehen worden.

Zu ermitteln bleiben sonach vor allem drei Tatsachen. Und zwar für die beiden Geschlechter getrennt einmal der Mitgliederstand, sodann die Erkrankungsfälle nach Art der Krankheit und schließlich die Todesfälle nach Todesursachen; das alles in Verbindung mit dem Alter und Beruf.

Für die einheitliche Gliederung der Feststellungen nach den aufgeführten Gesichtspunkten werden den Kassen drei verschiedene Schemata in die Hand gegeben. Was zunächst die Altersgliederung anlangt, so sind 6 Altersgruppen festgelegt, die je 10 Altersjahrgänge umfassen. In die erste Gruppe sind alle Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahre einzureihen; die zweite hat die über 20 Jahre alten bis zum vollendeten 30. Jahre zu enthalten usw.; in die sechste kommen alle Personen, die über 60 Jahre alt sind. Die gleichmäßige Gliederung bis in die höheren Altersjahrgänge 50 bzw. 60 und darüber hinaus ist deshalb vorgesehen, weil die Kassen ein ganz besonderes Interesse an der Kenntnis der Zahl der in höherem Alter stehenden Versicherten haben, und weil zudem Schlüsse daraus gezogen werden können, in welchem Maße das Wirtschaftsleben jeweils auch auf ältere und älteste Jahrgänge zurückgreift.

Die Gliederung nach Berufen erfolgt auf Grund eines Gewerbeschemas, das dem Reichsschema, wie es beispielsweise vom Reichsarbeitsamt für die Statistik der Arbeitsnachweise benutzt wird, angepaßt ist. Es umfaßt 21 Gewerbegruppen, für die z. T. noch Untergruppen vorgesehen sind. Eine Auszählung nach diesen letzteren soll jedoch nur dort stattfinden, wo einzelne Kassen 2000 oder mehr Mitglieder dieser Untergruppen zählen. Bei der Eingliederung gehört jeder Versicherte zu der Gruppe, die für den Betrieb des Arbeitgebers in Frage kommt. So wünschenswert auch die Erfassung des Einzelberufes eines jeden Versicherten an und für sich ist, so mußte doch deshalb darauf verzichtet werden, weil die den Krankenkassen zugehenden Meldungen in Hinsicht auf den Individualberuf vielfach so lückenhaft und ungenau sind, daß sich darauf eine einwandfreie Statistik nicht aufbauen läßt. Anderseits soll dem Wunsche auf Erfassung des Individualberufs, der in erster Linie gesundheitliche Berufsschädigungen erkennen läßt, doch so weit als angängig Rechnung getragen werden. Das ist in erster Linie für die Betriebs- und Innungskrankenkassen möglich. Hier ist für die wichtigsten Gewerbegruppen eine eingehendere Untergliederung vorgesehen. So scheidet beispielsweise die chemische Industrie: Handwerker und Hilfsarbeiter, die den Einflüssen der chemischen Industrie ausgesetzt sind, und solche, bei denen es nicht der Fall; ferner die in organischen, anorganischen und technischen Betrieben Beschäftigten usw. Um eine einheitliche Benutzung des Gewerbeschemas sicherzustellen und in zweifelhaften Fällen die richtige Zuteilung zu den Gewerbegruppen zu ermöglichen, ist zum Gewerbeschema ein eingehendes alphabetisches Betriebsverzeichnis aufgestellt, in dem angegeben ist, in welche Gruppe die Einreihung im einzelnen jeweils stattzufinden hat.

Die Gliederung der Erkrankungen nach ihrer Art hat an der Hand eines Krankheitsschemas zu erfolgen. Die Grundlage für dieses bildet das Schema des Reichsgesundheitsamts, doch mußten mannigfache Änderungen daran vorgenommen werden. Einerseits war es nötig, auf Bildung einer möglichst geringen Zahl von Gruppen Bedacht zu nehmen — das Schema umfaßt deren 21 —, anderseits auf die Erfassung des ursächlich Zusammengehörigen; auch mußte Wert darauf gelegt werden, diejenigen Erkrankungen, bei denen die Unterscheidung vom ärztlichen Standpunkt aus schwierig ist, oder bei denen auf den Krankenscheinen meist nicht unterschieden wird, in eine Gruppe zusammenfassen. Als Unterlage für die Einreihung nach Art der Erkrankung ist die Schlußdiagnose zu wählen. Die rheinischen Ärztevereine wie auch die Ärztekammer der Rheinprovinz sind auf die Bedeutung der von den Krankenkassen von jetzt ab zu führenden Statistik aufmerksam gemacht und gebeten worden, ihre Mitglieder zur Mitteilung einer genauen Schlußdiagnose zu veranlassen.

Das Schema für Todesursachen paßt sich dem für Krankheiten fast völlig an.

Für die Gewinnung der Zahlen selbst ist den Krankenkassen eine ausführliche Anleitung an die Hand gegeben. Sie wird besonders den kleineren Kassen, die mit der Aufarbeitung statistischer Unterlagen nicht so bewandert sind, gute Dienste leisten.

Der Mitgliederbestand der Orts- und Landkrankenkassen soll grundsätzlich für jedes Jahr an einem Stichtage, dem 31. Dezember, ermittelt werden. Nur dort, wo dieser Tag erhebliche Abweichungen von dem wirklichen Jahresdurchschnitt bringt, soll ein zweiter Stichtag angenommen werden, der diese wesentlichen Änderungen zum Ausdruck bringt. Der Durchschnitt der Ermittlungen an den beiden Stichtagen bildet dann die Grundlage für die Statistik der Mitgliederzahlen. Bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen soll ein durchschnittlicher Mitgliederbestand nach Möglichkeit unter Zugrundelegung der 13 Monatszahlen der Jahresnachweisung erfolgen. Die Verteilung dieser Durchschnittsmitgliederzahl auf die Alters- und gegebenenfalls auf die Betriebsgruppen geschieht nach Maßgabe der Verhältnisse am 31. Dezember; eine Umrechnung, die bei Betriebs- und Innungskrankenkassen wohl ausführbar ist, den Orts- und Landkrankenkassen mit der ausführlichen Gliederung nach Gewerbegruppen aber nicht gut zugemutet werden konnte. Für die Ermittlung der Krankheitsfälle nach Art der Erkrankung, Geschlecht und Alter der Erkrankten, in Verbindung mit der Zugehörigkeit zum Gewerbe kann als Notbehelf der Krankenschein, der im allgemeinen die erforderlichen Angaben enthalten wird, verwendet werden. Den Kassen wird jedoch die Anlegung von besonderen Zählkarten in einfachster Form empfohlen. (Für beide Geschlechter verschiedene Farben.) Sie soll bei jeder Gesundmeldung oder bei Ablauf der Unterstützungsfrist erfolgen; für die am Ende des Jahres noch laufenden Krankheitsfälle nach dem Stande vom 31. Dezember. Für rückfällige Erkrankungen sind besondere Vorschriften gegeben. Die zur Führung der Statistik notwendigen Vordrucke wie Zählkarten, Hilfstabellen, Tabellenformulare, Krankheits- und Gewerbeschema mit den beiden ausführlichen Verzeichnissen, sowie ferner die Anleitung zur Führung der Statistik können von den Spitzenverbänden bezogen werden*).

Die rheinischen Krankenkassenverbände haben sich, unterstützt durch die Regierung in Düsseldorf und die Versicherungsämter, an alle Kassen der Rheinprovinz mit der Bitte gewandt, vom 1. Januar 1922 ab eine Statistik nach den dargelegten Grundsätzen zu führen, gegebenenfalls die schon bisher erfolgten statistischen Feststellungen dem anzupassen. Jeder Kasse soll es natürlich unbenommen bleiben, noch weitere wünschenswerte, mehr ins einzelne gehende Ermittlungen anzustellen. Doch soll das nur im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden oder dem Landesgewerbearzt erfolgen, damit die Einheitlichkeit gewahrt wird. So ist eine Grundlage geschaffen, die allerdings vorläufig nur bescheidenen Ansprüchen gerecht wird, auf der jedoch später weiter aufgebaut werden kann. Aber auch schon in dem angedeuteten Umfange wird die Statistik von unschätzbarem Werte sein, vorausgesetzt, daß mit der Gewinnung der Zahlen nicht haltgemacht wird, sondern daß eine Auswertung derselben und eine Nutzanwendung dessen, was sie sagen, in weitestem Umfange stattfindet. In erster Linie muß das durch die Kassen selbst geschehen. Hilfreich zur Seite werden ihnen dabei die Spitzenverbände und der Landesgewerbearzt stehen. Da die Ergebnisse der Statistik für die einzelnen Kassen aber nicht ohne weiteres vergleichbar sind, weil die Krankheitshäufigkeit ja auch von einer Anzahl außenliegender Momente abhängig ist, so sind, wie das noch zum Schluß erwähnt sein möge, der Tabelle für Mitgliederbestand und Krankheitsfälle eine Anzahl von Fragen vorausgestellt, deren Beantwortung für die Beurteilung der Zahlen von wesentlicher Bedeutung ist. Sie sollen beispielsweise Auskunft geben über Arbeitsmarktverhältnisse usw., über Mehrleistung der Krankenkassen, über Verhältnisse von Arbeitslohn zum Grundlohn, über das Arztsystem, über das Kontrollsystem der arbeitsunfähigen Kranken usw.

*) Die Zusendung von Einzelexemplaren der genannten Drucksachen vermittelt auch gegen Vergütung der durch den Druck usw. entstandenen Unkosten das Statistische Amt der Stadt Düsseldorf.

Zur Frage der Unterstellung der Knappschaftsangestellten unter das Beamtenrecht

hat eine Versammlung der Knappschaftsangestellten des Ruhrgebiets am 15. Mai durch Annahme folgender Entschließung Stellung genommen:

„Die am 15. Mai tagende Versammlung der Knappschaftsangestellten des Ruhrgebiets legt schärfste Verwahrung dagegen ein, daß das Reichsarbeitsministerium in dem dem Reichsrat, Reichswirtschaftsrat und Reichstag zugestellten Gesetzentwurf über ein Reichsknappschaftsgesetz die Überführung der Knappschaftsangestellten in das Staatsbamtenverhältnis vorgesehen hat. Sie erinnert daran, daß die Betriebsräte aller deutschen Knappschaftsvereine auf ihrer Tagung am 17. und 18. Juni 1921 in Halle sich einmütig gegen diese Absicht ausgesprochen haben, und daß dieser vom Reichsarbeitsministerium übernommene Vorschlag der Arbeitgeber in der Vierzehner-Kommission zur Vorbereitung eines Reichsknappschaftsgesetzes nur dadurch eine kleine Mehrheit gefunden hat, weil die beiden Vertreter der christlichen Bergarbeiter der irrtümlichen Auffassung waren, die Angestellten seien sich in der Ablehnung dieses Vorschlages nicht einig.

Vor allen Dingen aber erhebt die Versammlung dagegen den schärfsten Protest, daß das Reichsarbeitsministerium den Vertretern der Angestelltenorganisationen keine Gelegenheit zu einer Aussprache vor Fertigstellung des amtlichen Gesetzentwurfs und seiner Vorlage an Reichsrat und Reichswirtschaftsrat gegeben hat; sie erblickt sowohl in diesem Verhalten als auch im Hinblick darauf, daß dem Reichsarbeitsministerium die einmütige Ablehnung der Knappschaftsangestellten bekannt war, eine bewußte Bekämpfung der Forderungen der Knappschaftsangestellten. Die Versammlung fordert vom Reichsrat, Reichswirtschaftsrat und Reichstag die Beseitigung der §§ 138 ff. des Entwurfs zum Reichsknappschaftsgesetz und Ersetzung dieser Bestimmungen durch folgenden Vorschlag, der namens aller Knappschaftsangestellten bereits auf der Tagung der Vierzehner-Kommission in Salzuflen gemacht wurde:

> Die Angestellten des Reichsknappschaftsvereins und der Bezirksknappschaftsvereine und der besonderen Krankenkassen werden auf Privatdienstvertrag angestellt. Sie haften für treue Geschäftsführung wie Vormünder ihren Mündeln. Zur Regelung der gesamten Arbeitsverhältnisse schließt der Reichsknappschaftsverein mit den drei Spitzenorganisationen einen Reichstarifvertrag ab.

Das Festhalten an dem Vorschlag der Reichsregierung würde ernste Schäden heraufbeschwören

und schließlich sogar eine Gefährdung der Reichsknappschaftsversicherung bedeuten, da die Angestellten unter keinen Umständen gewillt sind, sich diese geplante Vergewaltigung gefallen zu lassen."

Zur Frage der Verschmelzung der Angestellten- und Invalidenversicherung.

Der Sozialpolitische Ausschuß des Reichswirtschaftsrats beriet am 11. und 12. Mai den Entwurf eines Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte, der dem Reichswirtschaftsrat aus Anlaß einer Anfrage Aufhäuser und Genossen vom Reichsarbeitsministerium unter dem 24. November 1921 unverändert zugegangen war, nachdem er dem Reichstage bereits im Juni v. J. vorgelegt worden war.

Der für die Beratung des Gesetzentwurfes eingesetzte Unterausschuß unterbreitete eingehende Vorschläge, die sich auf den Umfang der Versicherung (Doppelversicherung), die Versicherungsleistungen, Beiträge und Anwartschaften, das Beitragsverfahren, die Organisation der Rechtsprechung und die Verwaltungsorganisation erstreckten.

Bezüglich der Frage der Doppelversicherung hatte sich der Unterausschuß für ihre Beseitigung durch Trennung der Invalidenversicherung und der Angestelltenversicherung entschieden. Der der Angestelltenversicherung unterliegende Personenkreis ist nur in sechs Berufsgruppen spezifiziert worden.

Der § 1226 RVO. war dahin geändert worden, daß die nunmehr dem Versicherungsgesetz für Angestellte unterliegenden Personen der Invalidenversicherung ausdrücklich entzogen wurden.

Für die Versicherungsleistungen waren neue Gehaltsklassen gebildet worden, als deren obere Grenze 80000 M. festgesetzt worden waren. Die Arbeitnehmer hatten ursprünglich die gänzliche Beseitigung der Versicherungsgrenze, die Arbeitgeber die Festsetzung derselben auf 50000 M. gewünscht. Auf dem Kompromißwege hatte man sich schließlich auf 80000 M. geeinigt. — Für weibliche Angestellte war die Rückerstattung der Hälfte der bis zur Verheiratung für sie geleisteten Beiträge zugestanden worden, wenn sie nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegehalt heirateten. Die Aufrechterhaltung der Anwartschaft war durch die Bestimmung erleichtert worden, daß sie durch Nachzahlung der rückständigen freiwilligen Beiträge innerhalb der dem Kalenderjahre der Fälligkeit der Beiträge oder der Anerkennungsgebühr folgenden zwei Kalenderjahre wiederaufleben soll.

Betreffend das Beitragsverfahren hatte man sich für das obligatorische Markensystem entschieden; die Durchführung und Ausführung sollte aber zwecks kaufmännischer Anpassungsfähigkeit an die jeweiligen Erfahrungen und Bedürfnisse den Organen der Reichsversicherungsanstalt im Einvernehmen mit dem Reichsarbeitsministerium überlassen bleiben. Nur für den Vertrieb der Marken war ein Abkommen mit der Postverwaltung gefordert worden, nach dem die Vergütung nach der Stückzahl, nicht nach dem Werte der Marken und nicht unbillig höher als neuerdings im Etat des Arbeitsministeriums für die Invalidenmarken berechnet werden sollte.

In der Organisation der Rechtsprechung war von einer Zusammenlegung der Rechtsprechungsinstanzen Abstand genommen worden. Auf die als entbehrlich erwiesene Mittelinstanz, die Schiedsgerichte, hatte man verzichtet. Die Rentenfestsetzung sollte durch die Reichsversicherungsanstalt vorgenommen werden, wobei der Rentenausschuß die erste Instanz im Streitverfahren bilden sollte. Die so entlasteten Rentenausschüsse könnten als Dezentralisationsstellen für die Verwaltung der Reichsversicherungsanstalt, insbesondere als provinzielle Mittelpunkte der ehrenamtlichen Vertrauensmännertätigkeit ausgestaltet werden. Angestelltenkammern bei wenigen Oberversicherungsämtern und ein Angestelltensenat beim Reichsversicherungsamt sollten die Berufungs- und Revisionsinstanz sein. Grenzfälle der Invalidenversicherung und der Angestelltenversicherung wären einem aus Mitgliedern der beiderseitigen Spruchsenate gebildeten großen Senat zu überlassen.

Für die Verwaltungsorganisation war einhellig die Forderung nach mehr Selbstverwaltung erhoben worden. Der Verwaltungsrat der Reichsversicherungsanstalt sollte unbeschadet der Reichsaufsicht über die Beobachtung des Gesetzes und der darin gewahrten öffentlichen Interessen die geschäftliche Beaufsichtigung der Reichsversicherungsanstalt und ihrer bedeutsameren Betriebsmaßnahmen übernehmen und mindestens die leitenden Funktionäre wählen, vorbehaltlich des Anspruchs der Reichsaufsicht auf Bestätigung der Wahl.

Dem Sozialpolitischen Ausschuß lagen neben dem Bericht des Unterausschusses besondere Anträge der Anhänger der Verschmelzung beider Versicherungen vor, in denen die Beseitigung der Doppelversicherung durch Schaffung eines einheitlichen Versicherungsträgers, systematische Durchführung der bereits eingeleiteten Anpassung der Beiträge zur Angestelltenversicherung an die Beiträge zur Invalidenversicherung, derselbe Aufbau bezüglich der Gliederung der Gehalts- und Lohnklassen in beiden Versicherungen, Vereinheitlichung der Rechtssprechung durch Einführung der Schiedsgerichte als Kammern bei den Oberversicherungsämtern bzw. des Oberschiedsgerichts als Senat bei dem Reichsversicherungsamt, Durchführung wirklicher Selbstverwaltung und Vereinheitlichung der Organisation gefordert wurden.

Die Aussprache bildete eine Auseinandersetzung zwischen den Vertretern des Gedankens der Verschmelzung und denen des Gedankens der Trennung der beiden Versicherungen. Beide traten für Beseitigung der Doppelversicherung ein, wobei jedoch die ersteren dieses Ziel durch Schaffung eines einheitlichen Versicherungsträgers, letztere durch Trennung beider Versicherungen erreicht wissen wollten. Die Anhänger der Invalidenversicherung erklärten, daß die Notlage des deutschen Volkes zwei nebeneinander bestehende Versicherungen nicht ertragen könne, zumal eine Wesensungleichheit zwischen beiden nicht bestünde. Die Verschmelzung sei notwendig und möglich; falls sie jetzt nicht zustande komme, sei es unbedingt falsch, die Angestelltenversicherung so zu gestalten, wie es der Unterausschuß wolle, da dadurch die Möglichkeit der Verschmelzung für lange Zeit ausgeschaltet würde. Trenne man beide Versicherungen vollständig, so würden diejenigen Angestelltengruppen, die zu einem erheblichen Teil aus Arbeiterberufen hervorgingen, wie Werkmeister, Betriebsbeamte usw., beim Berufswechsel ihrer Ansprüche verlustig gehen, wenn sie dieselben nicht durch freiwillige einseitige Beitragszahlungen aufrechterhielten.

Die Anhänger der selbständigen Angestelltenversicherung betonten, daß der Nachweis für die höhere Belastung der Reichsfinanzen durch die Aufrechterhaltung der Angestelltenversicherung bisher nicht

geführt worden sei; der Verwaltungsapparat der Angestelltenversicherung sei auch nicht zu teuer. Über die Verschmelzung würde sich reden lassen, wenn die Invalidenversicherung dahin gelangt sei, wo die Angestelltenversicherung hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit heute stünde.

Die Arbeitgeber schlossen sich der Ansicht der Vertreter der selbständigen Angestelltenversicherung ausdrücklich an und gaben eine motivierte Erklärung zu ihrer Stellungnahme ab, in der sie darauf hinwiesen, daß sie gern die Gelegenheit ergriffen, der Angestelltenschaft durch die Tat zu beweisen, daß sie an der Anerkennung der gehobenen Bedeutung und Stellung derselben festhielten und infolgedessen sich für den Fortbestand einer selbständigen Angestelltenversicherung mit differenzierten Leistungen gegenüber der Invalidenversicherung entschieden hätten.

Die Vertreter der Invalidenversicherung wünschten bei der Spezialberatung Stärkung des ehrenamtlichen Elements auch im Direktorium der Reichsversicherungsanstalt. Sie verlangten ferner die Streichung der Bestimmung, daß der Präsident, der Vizepräsident und die übrigen beamteten Mitglieder des Direktoriums sowie die höheren planmäßigen Beamten vom Verwaltungsrat nach sechs Jahren Amtsdauer auf Lebenszeit gewählt werden könnten. Starke Bedenken erhoben sie gegen die beabsichtigte Änderung nur des einen Paragraphen (1226) der Reichsversicherungsordnung; sie erklärten, daß man dann den ganzen Komplex der damit verbundenen Fragen einbeziehen müsse und brachten demgemäß Abänderungsanträge zu weiteren Paragraphen der RVO. ein.

Die Abstimmung ergab eine Mehrheit für die Beschlüsse des Unterausschusses. Die Anträge der Gegenseite wurden zum überwiegenden Teile abgelehnt. Rechnung getragen wurde ihnen bezüglich der Stärkung des ehrenamtlichen Elements im Direktorium der Reichsversicherungsanstalt.

Der Präsident des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte,

Wirkl. Geh. Oberregierungsrat Dr. Koch ist auf seinen Antrag in den Ruhestand versetzt worden. — Der neu ernannte Präsident Dr. von Olshausen (bisher Ministerialrat, früher ständiges Mitglied des Reichsversicherungsamts) hat am 1. Juni 1922 sein Amt angetreten und ließ sich nach einer Ansprache im Sitzungssaale des Direktoriums die Vertretungen der Beamtenschaft vorstellen.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

---

a) **Erweiterte Krankenpflege für gewerblich beschäftigte Dienstboten?** b) **Abstufung des Wochengeldes für eine uneheliche Mutter.**

1. **Nach Bochum.** Antwort: a) Da nach Ihrer Angabe die in Frage stehenden Dienstboten überwiegend (also keinesfalls nur vorübergehend im Sinne des § 168 RVO.) im Gewerbebetriebe des Dienstberechtigten beschäftigt sind, so ist „diese", d. h. die gewerbliche Beschäftigung, für ihre Versicherung maßgebend (§ 439 RVO.). Ihre Ansprüche auf Kassenleistungen bestimmen sich daher nach den allgemeinen Vorschriften in §§ 179 ff., nicht nach den Vorschriften für den besonderen Berufszweig der Dienstboten in §§ 435 ff. Auf erweiterte Krankenpflege nach § 437 mit §§ 426 ff. RVO. besteht also kein Anspruch.

b) Wenn die Satzung der Kasse auf Grund des § 3 Ziff. 2 der Bekanntm. v. 22. 11. 17 das Krankengeld für Versicherte mit Angehörigen höher bemißt als für „ledige" Versicherte, so gilt das auch für das Wochengeld (zu vgl. Ziff. 3 a. a. O.). Als Angehörige gelten auch uneheliche Kinder im Verhältnis zur Mutter. Wenn nun eine unverheiratete und bisher kinderlose Versicherte niederkommt, so hat sie vom Tage der Niederkunft ab Anspruch auf das höhere Wochengeld. Soweit sie etwa Wochengeld für die Zeit vor der Niederkunft erhält, ist ein Anspruch auf den höheren Betrag nicht anzuerkennen. Denn der Gedanke des Gesetzes und der ihm entsprechenden Satzungsbestimmung ist der, daß das höhere Krankengeld und entsprechend das Wochengeld nicht nur den Versicherten als teilweiser Ersatz ihres Verdienstausfalles, sondern auch den Angehörigen zu dienen bestimmt ist (zu vgl. die Begr. in ArbVers. 1918 S. 55). Es ist aber zu beachten, daß der Versicherten das Wochengeld für die Zeit vor der Niederkunft nicht aufgedrungen werden kann, wenn sie es erst von der Niederkunft an beansprucht, und daß sie dann für volle zehn Wochen das höhere Krankengeld verlangen kann. Das folgt aus § 1545 RVO., wonach die Leistungen der Wochenhilfe nur auf Antrag gewährt werden.

Die Sätze der GebOrdg. für Ärzte, insbesondere die Mindestsätze, gelten nur mangels einer Vereinbarung.

2. **Nach C.** Antwort: Die Bestimmungen und Sätze der preußischen Gebührenordnung für Ärzte gelten, wie im § 1 ausdrücklich ausgesprochen ist, nur „mangels einer Vereinbarung". Das gilt auch für die Bestimmung des § 2, wonach die Mindestsätze zur Anwendung gelangen, wenn die Zahlung aus den Mitteln einer Krankenkasse zu leisten ist und der Versicherte sich durch eine Kassenbescheinigung ausweist. Besteht also, wie Sie behaupten, der von der Kasse mit den Ärzten geschlossene Vertrag noch zu Recht, so sind die Ärzte — wie die Kasse —, solange nicht eine neue Vereinbarung zustande kommt, an die im Vertrage vorgesehenen Sätze gebunden. Sie geben aber anderseits an, daß die Ärzte, nachdem die Verhandlungen über Neufestsetzung des Honorars gescheitert sind, „den vertragslosen Zustand herbeigeführt" haben und die Kassenmitglieder nur als Privatpatienten behandeln.

Worauf das beruht, ist aus Ihren Angaben nicht zu ersehen. Vermutlich stützen sich die Ärzte auf fristlose Kündigung, weil ein wichtiger Grund vorliege. (§ 626 BGB.). Träfe dies zu (was wir mangels näherer Angaben nicht nachprüfen können), so wäre der Vertrag gelöst, so daß die Ärzte überhaupt nicht verpflichtet wären, die Behandlung der Kassenmitglieder zu übernehmen. Daraus folgt ohne weiteres, daß sie auch berechtigt wären, die Behandlung der Mitglieder von der Bewilligung höherer Sätze abhängig zu machen. Gehen die Mitglieder hierauf ein, so liegt eine Vereinbarung vor, welche die Anwendung der Sätze der Gebührenordnung, also auch der Mindestsätze ausschließt.

Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit durch einen mißglückten Arbeitsversuch.

3. **Nach Demmin.** Frage: Ein Versicherter war vom 18. bis 22. 4. 22 wegen Bronchitis arbeitsunfähig krank. Vom 23. bis 26. 4. war er arbeitsfähig und einer Heilbehandlung nicht bedürftig. Nach ärztlicher Bescheinigung ist er dann am 27. 4. an Bronchitis erneut erkrankt und war vom 27. 4. bis 5. 5. 22 arbeitsunfähig. Ist die zweite Erkrankung als neuer Versicherungsfall anzusehen und daher das Krankengeld erst vom 4. Krankheitstage ab (also vom 30. 4. ab) zu zahlen, oder ist die Beschäftigung vom 23. bis 26. 4. als mißglückter Arbeitsversuch zu betrachten und das Krankengeld vom ersten Tage der neuen Arbeitsunfähigkeit (also vom 27. 4. ab) zu zahlen? Bis zu welcher Zeitdauer etwa kann eine zwischen zwei Zeiten bestehende Arbeitsunfähigkeit liegende Verrichtung von Lohnarbeit als mißglückter Arbeitsversuch angesehen werden, falls nach der ersten Frage ein neuer Versicherungsfall für vorliegend erachtet wird?

Antwort: Ob ein bloßer mißglückter Arbeitsversuch vorliegt, ist regelmäßig nur von Bedeutung für die Frage, ob die Betätigung einer Person zur Begründung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses geführt hat. Im vorliegenden Falle soll von der Frage nach dem bloßen Arbeitsversuch die Beurteilung abhängen, ob ein einheitlicher, nur scheinbar unterbrochener Krankheits- und Versicherungsfall vorliegt. Das kann man an sich gelten lassen. Denn wenn festzustellen wäre, daß der Versicherte in jener Zwischenzeit nur vergeblich versucht hat zu arbeiten, so würde daraus folgen, daß die Annahme, er sei wieder arbeitsfähig gewesen, sich als irrig erwiesen, die Arbeitsunfähigkeit und somit die Krankheit im versicherungspflichtigen Sinne also ununterbrochen fortgedauert hat. Das würde aber nicht, wie bei der Frage versicherungsrechtlich wirksamer Beschäftigung, voraussetzen, daß der Versicherte Arbeit von einigem wirtschaftlichen Belang überhaupt nicht zu leisten vermochte (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 22 zu § 165 RVO.), sondern nur, daß er seine Arbeit nicht ohne nahe Gefahr der Verschlimmerung seiner Krankheit fortsetzen konnte (zu vgl. Entsch. der RVO. in ArbVers. 1919 S. 368). Nur wenn dies zutreffen sollte — worüber nötigenfalls der Arzt sich zu äußern hätte —, würde ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit und folglich ein einheitlicher, am 16. 4. 22 eingetretener, auch die Zeit vom 23. bis 26. 4. 22 umfassender und darüber hinaus fortdauernder Versicherungsfall vorliegen, so daß eine neue Wartezeit für den Krankengeldbezug nicht in Frage käme. War dagegen mit einer so nahen Gefahr der Verschlimmerung infolge der Wiederaufnahme der Arbeit nicht zu rechnen, so ist mit der Wiedererkrankung an Bronchitis ein neuer Versicherungsfall eingetreten und die Voraussetzung auch für eine neue Wartezeit gegeben. Von einer bestimmten Dauer der Zwischenzeit ist die rechtliche Beurteilung des Falles schlechthin nicht abhängig.

a) Die Ehefrau als Familienoberhaupt. b) Ausbleiben einer Vertretergruppe bei getrennter Abstimmung.

4. **Nach W. 100.** Antwort: a) Wenn die Satzung Familienhilfe unter der Voraussetzung zubilligt, daß das „Familienoberhaupt" Kassenmitglied ist, so wird darunter regelmäßig allerdings nur der Ehemann, im Fall einer längeren Behinderung aber auch die Ehefrau zu verstehen sein. Dies haben wir im Jahrg. 1917 S. 382 Ziff. 1 näher begründet.

b) Aus § 9 RVO. ist als Grundsatz zu entnehmen, daß Beschlüsse regelmäßig mit einfacher Stimmenmehrheit gefaßt werden. In den Fällen, für welche getrennte Abstimmung der Arbeitgeber und der Versicherten vorgeschrieben ist, gilt das gleiche für jede der beiden Gruppen besonders, aber es ist zum Zustandekommen eines gültigen Beschlusses außerdem Übereinstimmung der beiden Gruppen erforderlich (zu vgl. §§ 345, 388, 389, 414 RVO.). Daran fehlt es, wenn von den Vertretern der einen Gruppe überhaupt niemand erschienen ist. Die Vorlage gilt daher in solchem Fall als abgelehnt, selbst wenn die Vertreter der anderen Gruppe einstimmig dafür gestimmt haben.

Bemessung des Wochengeldes für erwerbslos Ausgeschiedene (§ 214 RVO.).

5. **Nach Anklam.** Antwort: Erwerbslos Ausgeschiedenen verbleibt unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, der sie zuletzt angehört hatten. „Regelleistungen" sind nach § 179 RVO. auch die im zweiten Buche vorgeschriebenen Leistungen an Wochengeld; den Gegensatz bilden die nicht vom Gesetz vorgeschriebenen, sondern nur zugelassenen, durch die Satzung bestimmten „Mehrleistungen". Wenn nun nach § 195a Abs. 1 Ziff. 2 RVO. zu gewähren ist „ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens 1½ M. (jetzt 4½ M.) täglich," so ist klar und deutlich vom Gesetze selbst vorgeschrieben, daß das Wochengeld dem Krankengelde zu gleichen hat und noch darüber hinaus auf den bezeichneten Mindestbetrag zu erhöhen ist, falls sich nach dem maßgebenden Grundlohn ein geringeres Krankengeld ergeben sollte. Diese Erhöhung vorzusehen, ist also nicht der Satzung überlassen; sie stellt daher nicht eine Mehrleistung im angegebenen Sinne dar, sondern sie gehört zu den Regelleistungen der Kasse und ist auch im Falle des § 214 RVO. zu gewähren.

Anspruch auf Krankenpflege als Familienhilfe nach Aussteuerung auf Grund eigener Versicherung.

6. **Nach Remscheid.** Frage: Ist unsere Betriebskrankenkasse verpflichtet, der Ehefrau eines Mitgliedes, die bisher bei einer Ortskrankenkasse freiwillig versichert war, dort wegen eines chronischen Leidens ausgesteuert worden ist, und die nunmehr auf Grund der Mitgliedschaft ihres Mannes bei unserer Kasse als Familienangehörige Anspruch auf Krankenhilfe erhebt, diese Krankenhilfe auf die satzungsmäßige Dauer von weiteren 26 Wochen zu gewähren? Die Satzung sieht die Gewährung von

Familienhilfe an versicherungsfreie Familienangehörige ohne sonstige Einschränkungen vor.

Antwort: Die Frau ist, wie Ihre Satzung voraussetzt, „versicherungsfrei"; denn dieser Ausdruck ist gleichbedeutend mit „nicht versicherungspflichtig" (zu vgl. Entsch. des RVA. 2604. ArbVers. 1920 S. 90). Danach ist der Anspruch begründet (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 358 Ziff. 2).

Mindestleistungen der Ersatzkasse nach § 507 RVO.

7. **Nach Bremen.** Antwort: An Leistungen sind von der Ersatzkasse nach § 507 Satz 1 RVO. mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen nach dem Grundlohn zu gewähren, der bei der Krankenkasse des Versicherungspflichtigen maßgebend ist. Hierin ist ausgedrückt, daß der für die Bemessung der Leistungen maßgebende „Grundlohn" unter allen Umständen mindestens dem bei der Pflichtkasse geltenden Grundlohn gleichkommen muß. Dieser Anforderung ist nicht genügt, wenn zwar der Grundlohn bei der Ersatzkasse niedriger ist als bei der Pflichtkasse, das Krankengeld aber, auf die Woche berechnet, demnach dem Krankengelde der Pflichtkasse gleichkommt oder es sogar übersteigt, weil die Ersatzkasse es auch für Sonntage, die keine Arbeitstage sind, gewährt. Wenn nach dem von Ihnen angeführten Beispiele, das Krankengeld der Pflichtkasse 40 M. für den Tag, also 240 M. für die sechs Wochentage beträgt, die Ersatzkasse dagegen nur ein Krankengeld von 35 M. für den Tag gewährt, so ist dem § 507 RVO. nicht genügt, obwohl die Ersatzkasse diesen Betrag auch für den Sonntag, also für die Woche im ganzen 245 M. zahlt. Bei anderer Auffassung würde ja der Versicherte, dessen Arbeitsunfähigkeit nur sechs (oder weniger) Tage ohne Sonntag gedauert hat, offensichtlich beeinträchtigt sein.

Strafrechtliche Verantwortlichkeit bei Übertragung der Arbeitgeberpflichten (§ 534 RVO.).

8. **Nach Jüterbog.** Antwort: Der Arbeitgeber darf nach § 534 RVO. die Pflichten, die ihm die RVO. auferlegt, nur auf „Angestellte seines Betriebes" mit der Wirkung übertragen, daß die Strafe wegen Zuwiderhandlung diese Angestellten trifft, während der Arbeitgeber neben dem Angestellten strafbar ist, wenn die Zuwiderhandlung mit seinem Wissen geschehen ist, oder wenn er bei Auswahl und Beaufsichtigung des Stellvertreters nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat. Das gilt auch bei Verletzung der Anmeldepflicht aus §§ 317, 530 RVO. Es kommt also darauf an, ob der stellvertretende Gutsvorsteher, dem der Rittergutsbesitzer die „Bearbeitung der Krankenkassensachen" übertragen zu haben behauptet, zu den im landwirtschaftlichen Betriebe Angestellten des Gutsbesitzers gehört; aus der Stellvertretung als Gutsvorsteher ist das nicht ohne weiteres zu entnehmen. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, so ist lediglich der Gutsbesitzer selbst wegen Verletzung der Anmeldepflicht strafbar.

Vom Arbeitgeber übernommene Beitragsanteile des Versicherten gehören zum Entgelt.

9. **Nach Berlin.** Antwort: Wenn der Arbeitgeber es übernommen hat, die vollen Versicherungsbeiträge für den Gesellen ohne Anspruch auf anteilige Erstattung zu bezahlen, so stellt der Anteil, den nach dem Gesetze der Geselle tragen müßte, einen als Entgelt im Sinne des § 160 RVO. anzusehenden Bezug dar (zu vgl. Entsch. des Rentenausschusses Berlin v. 25. 1. 15, ArbVers. 1915 S. 714, auch Rek. Entsch. des RVA. 2576 Amtl. Nachr. 1912 S. 903). Dieser Bezug ist daher bei der Berechnung des für die Lohnstufe maßgebenden Grundlohns (§ 180 RVO.) mit zu berücksichtigen.

Bestrafung wegen Nichtanmeldung eines Beschäftigten schließt späteres Bestreiten der Versicherungspflicht nicht aus.

10. **Nach Gadebusch.** Antwort: Eine nach § 405 Abs. 2 RVO. ergangene Entscheidung über die Versicherungspflicht und über die Verpflichtung, Beiträge zu leisten, ist, wenn sie nicht rechtzeitig durch Beschwerde angefochten ist, endgültig und nach Abs. 3 a. a. O. bindend für alle Behörden und Gerichte. Diese Wirkung beschränkt sich aber eben auf die in dem bezeichneten Verfahren ergangenen Entscheidungen. Wenn ein Arbeitgeber wegen unterlassener Anmeldung eines in seinen Hausstand aufgenommenen Mädchens vom Versicherungsamt auf Grund des § 530 RVO. zu einer Strafe verurteilt ist und sie bezahlt hat, so schließt das nicht aus, daß er später im Beitreibungsverfahren wegen der Beiträge (§ 531 Abs. 1 und 2) die Versicherungspflicht bestreitet, so daß nun erst im Verfahren nach § 405 Abs. 2 darüber entschieden werden muß. An dieser Rechtslage wird dadurch nichts geändert, daß der Bestrafte inzwischen in Konkurs geraten ist und der Konkursverwalter, an Stelle des Gemeinschuldners, die Beitragsforderung der Kasse bestreitet.

Der Schriftleitung gehen fortlaufend von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern zahlreiche Entscheidungen zur Veröffentlichung zu. Alle diese Eingänge werden sorgfältig geprüft und gern aufgenommen, wenn ein allgemeineres Interesse an den erörterten Fragen erkennbar ist. Wir legen Gewicht darauf, neben den obersten Spruchstellen auch die Oberversicherungsämter und die Versicherungsämter zu Wort kommen zu lassen, und sind daher für die Übersendung geeigneter Entscheidungen in Abschriften dankbar.

„Arbeiter-Versorgung".

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. R. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1358 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. Juli 1922 | Heft 20

Zur Anwendung des § 5 des Gesetzes über Wochenfürsorge vom 9. Juni 1922 (R. G. Bl. S. 502).

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

In dem ursprünglichen Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) war die Gewährung der Leistungen der Wochenfürsorge in der Form vorgesehen, daß die Allgemeine Ortskrankenkasse, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin lag, oder, wo eine solche nicht bestand, die Landkrankenkasse die Wochenfürsorge zu leisten hatte (§ 18 a. a. O.). Für das Verfahren bei Streit zwischen den Empfangsberechtigten und den Kassen über die Leistungen war vorgeschrieben, daß die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Verfahren bei Streitigkeiten aus der Krankenversicherung Anwendung finden sollten; dabei entschied das Oberversicherungsamt endgültig. Eine Abgabe zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt war ausdrücklich zugelassen (§ 23 Abs. 1 a. a. O.). Hierin wurde durch das Gesetz betr. Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) eine Änderung in der Richtung eingeführt, daß der Antrag auf Wochenfürsorge bei dem Versicherungsamt gestellt werden mußte. Dieses nahm die Feststellungen über die Voraussetzungen für die Gewährung der Wochenfürsorge vor und wies die Allgemeine Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse zur Zahlung der Leistungen der Wochenhilfe an. Zugleich wurde das Spruchverfahren beseitigt und vorgeschrieben, daß gegen die Entscheidung des Versicherungsamts binnen einem Monat die Beschwerde an das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) zulässig sein solle, daß dieses endgültig zu entscheiden habe.

Diese Regelung ist in den § 5 des Gesetzes über Wochenfürsorge vom 9. Juni 1922 (RGBl. S. 502) übernommen worden. Es sind in der Praxis Zweifel darüber entstanden, ob das Versicherungsamt nicht nur die Berechtigung des Antragstellers zum Bezug der Wochenfürsorgeleistungen, sondern auch bei Anweisung der Krankenkasse genau die Leistungen zu bestimmen habe, die die Kasse gewähren solle, oder ob das Versicherungsamt nach Prüfung der Berechtigung des Antragstellers alles Weitere der Krankenkasse zu überlassen habe. Diese Streitfrage ist durch Erlaß vom 3. Mai 1922 (Volkswohlfahrt S. 276) in Übereinstimmung mit der Auffassung des Reichsarbeitsministeriums dahin entschieden worden, daß die Krankenkassen nicht nur Zahlstellen im engsten Wortsinne sein sollen, sondern auch im Einzelfalle den Umfang und die Art der Leistungen festzustellen haben. Aufgabe des Versicherungsamts sei, das Vorliegen der Voraussetzungen für die Wochenfürsorge zu prüfen, nicht aber auch die Leistungen im Einzelfalle zahlenmäßig zu bemessen, da es dazu gar nicht in der Lage sei. Die Höhe des Wochen- und Stillgeldes stehe zwar fest, doch sei die Dauer

des Bezugs von vornherein nicht sicher. Das Kind könne vorher sterben und die Mutter das Stillen unterlassen oder vorzeitig abbrechen.

Die hier zum Ausdruck gekommene Auslegung der gesetzlichen Vorschriften erscheint zutreffend, wenn erwogen wird, daß es eine übergroße Belastung des Versicherungsamts ausmachen würde, wenn es sich in die Einzelheiten des Falles vertiefen wollte, ganz abgesehen davon, daß die Verpflichtung, für die Gewährung der Leistungen im einzelnen zu sorgen, Vorbereitungen erfordert, die dem Versicherungsamt nach seiner ganzen Einrichtung nicht zugemutet werden können. Das trifft insbesondere zu, soweit die Gewährung von Sachleistungen vorgesehen ist, insbesondere nachdem durch das neue Gesetz über Wochenfürsorge die ärztliche Behandlung in Natur zu einer Pflichtleistung gemacht worden ist. Demnach muß daran festgehalten werden, daß das Versicherungsamt sich lediglich auf die Prüfung der Frage zu beschränken hat, ob die Antragstellerin

a) eine Deutsche ist,
b) ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inlande hat,
c) im Rahmen der Versicherung einen Anspruch auf Wochenhilfe nicht hat,
d) allein oder in Gemeinschaft mit ihrem Ehemann ein Gesamteinkommen von weniger als 15 000 M. im Jahre oder im Steuerjahre vor der Entbindung gehabt hat,
e) Kinder unter 15 Jahren besitzt,
f) der Beihilfe bedürftig ist.

Kommt das Versicherungsamt auf Grund der Prüfung aller dieser Tatsachen zu dem Ergebnis, daß der Anspruch nicht berechtigt ist, so weist es die Antragstellerin ab. Gegen den ablehnenden Bescheid ist nach § 10 des Gesetzes binnen einem Monat die Beschwerde beim Oberversicherungsamt zulässig, das endgültig entscheidet. Hierbei finden in Ermangelung einer entsprechenden Vorschrift die Vorschriften der RVO. über das Beschwerdeverfahren keine Anwendung. Insbesondere ist zu beachten, daß abweichend von der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 28. Juni 1915 (Amtl. Nachr. S. 638) die Abgabe einer Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt nicht zulässig ist. Ist der Anspruch begründet, so weist das Versicherungsamt die Allgemeine Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse an, die Leistungen der Wochenhilfe „auszuzahlen". Der Ausdruck „Auszahlung" im § 5 a. a. O. ist nicht mehr zutreffend, seitdem die ärztliche Behandlung eine Pflichtleistung geworden ist.

Die Kasse darf nicht blindlings auf die Anweisung des Versicherungsamts hin die Auszahlung vornehmen, sondern hat, wie bei ihren Mitgliedern, eine weitere Prüfung des Anspruchs u. a. dahin vorzunehmen, ob eine Entbindung oder eine Krankheit vorliegt. Weiter obliegt dem Kassenvorstand die Prüfung der Frage, ob eine ärztliche Behandlung notwendig und die Gewährung der sonstigen Sachleistungen bei Schwangerschaft oder Entbindung vor sich gehen soll. Auch der Nachweis darüber, daß die Wöchnerin ihr Kind ordnungsmäßig stillt, muß von ihm eingefordert werden. Stirbt die Wöchnerin vor Ablauf der Bezugsdauer des Wochen- oder Stillgeldes, so hat der Kassenvorstand den Antrag desjenigen, welcher für das Kind sorgt, entgegenzunehmen und zu prüfen, ob der Anspruch auf die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld bis zum Ende der Bezugszeit gerechtfertigt ist.

Diese Verteilung der Zuständigkeit kommt allerdings in der Fassung des Gesetzes nicht klar genug zum Ausdruck. Vor allen Dingen ist es auffallend, daß gegen die schwerwiegenden Entscheidungen des Kassenvorstandes ein Rechtsmittel nicht vorgesehen ist. Nach Lage des Gesetzes bleibt nichts weiteres übrig, als die Aufsichtsbehörde anzurufen, die sonst bei der Gewährung der Leistungen der Krankenversicherung völlig ausgeschaltet ist und auch kaum mit den Gesichtspunkten, die bei Gewährung der Leistungen zu beachten sind, vertraut sein dürfte. Auf diesem Wege würde den obersten Verwaltungsbehörden die endgültige Entschließung zufallen. Wenn diese sich nicht aus eigenem Antriebe mit dem

Reichsarbeitsministerium in Verbindung setzen würden, so würden ganz verschiedene Entscheidungen zustande kommen, wobei das Reich, das für die Kosten aufzukommen hat, das Nachsehen haben würde. Zur Klärung der Rechtslage kann nur dringend empfohlen werden, den § 5 genauer zu fassen, insbesondere auch den § 10 Abs. 1 dorthin zu übernehmen und ein Rechtsmittelverfahren gegen die Entscheidungen des Kassenvorstandes vorzusehen. Bei dieser Gelegenheit wird es sich auch empfehlen, im § 10 Abs. 3 die Worte „den Kassenvorstand und“ zu streichen, da die Krankenkassen mit der Prüfung der Einkommensverhältnisse der Wöchnerinnen nichts mehr zu tun haben.

Anmerkung der Schriftleitung: Das vorstehend besprochene neue Gesetz hat Herrn Geheimrat Hahn beim Abschluß seines Aufsatzes in Heft 19 S. 289 ff. noch nicht vorgelegen. Wir haben ihn daher um eine erneute Prüfung seiner Auffassung unter Berücksichtigung des vorstehenden Aufsatzes ersucht und hoffen, seine Äußerung in einem der nächsten Hefte mitteilen zu können.

Die Sicherung der Beitragsleistung.

Von Stadtrat H. v. Frankenberg in Braunschweig.

Die Ansprüche an die Versicherungseinrichtungen sind neuerdings durch das Hinzutreten von Teuerungszulagen und von mancherlei Nebenleistungen so gesteigert, daß es ein Gebot der Selbsterhaltung ist, wenn die Versicherungsträger mit allen verfügbaren Mitteln dahin streben, den vollständigen, richtigen Eingang der Beiträge sicherzustellen und sich gegen Hinterziehungen aus Absicht oder aus Nachlässigkeit zu schützen. Nicht nur die restlose Erfassung der Einnahmequellen und die Sorge um die Herstellung des Gleichgewichts zwischen der Einnahme und Ausgabe, sondern auch der Wunsch nach einer gerechten Lastenverteilung drängt dahin, daß es dem einzelnen Pflichtigen keinesfalls gestattet werden darf, sich über seine Obliegenheiten hinwegzusetzen. Wenn der Grundsatz: „Einer für alle und alle für einen!“ seine Geltung behalten soll, dann muß die Beteiligung an der Versicherung ohne Lücken und Ausfälle durchgeführt werden. Nichts erbittert mehr und tut dem volkstümlichen sozialen Gedanken stärkeren Abbruch, als wenn der eine oder andere damit durchkommt, daß er sich der Beitragsleistung entzieht.

Welche Hilfsmittel stehen zur Verfügung, um das Ziel zu erreichen und den Beitragseingang zu sichern?

Wir müssen dabei den grundlegenden Unterschied zwischen Pflichtversicherung und freiwilliger Teilnahme an der Einrichtung voranstellen; es ist natürlich und auch leicht durchführbar, daß jeder, der aus freien Stücken der Versicherung beitritt, bei Unterlassung oder ungenügender Leistung der Beitragszahlung in seinen Ansprüchen beschränkt wird. Wenn § 314 Abs. 1 RVO. vorschreibt, daß die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter erlischt, falls sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind, so wird kaum jemand aus falschem Mitleid diese Bestimmung bekämpfen, deren Aufhebung den Zusammenbruch vieler Kassen bedeutete. Man kann allenfalls geneigt sein, nach Satz 2 derselben Vorschrift durch die Satzung diese Frist noch weiter bis zum nächstfolgenden Zahltage zu verlängern; ohne irgendeine zuständige Grenze aber würde dies Entgegenkommen bei Säumigkeit ins Uferlose gehen.

Bei Versicherungspflicht ist dagegen im Krankenversicherungsrecht grundsätzlich die Kassenzugehörigkeit und die Anwartschaft auf die Leistungen auch dann gegeben, wenn der Versicherte es an der pünktlichen Beitragszahlung hat fehlen lassen. Nur die Aufrechnung mit geschuldeten Beiträgen (§ 223, Abs. 2) bietet spärlichen Ersatz, abgesehen davon, daß die Möglichkeit, sich beim Ausscheiden aus dem Versicherungszwang nach § 313 freiwillig weiterzuversichern,

selbstverständlich auch von der Beitragszahlung abhängig gemacht ist. Nur bei den unständig Beschäftigten und bei den Hausgewerbetreibenden hat man es im Hinblick auf die Eigenart ihrer Verhältnisse und ihrer Beitragsleistung unternommen, ihre Ansprüche gegen die Kasse in einen gewissen Zusammenhang mit der Beitragsentrichtung zu bringen: in § 452 ist bestimmt, daß ein unständig Beschäftigter, der im Laufe der letzten 26 Wochen vor der Erkrankung für mehr als acht Wochen seinen Beitragsteil nicht geleistet hat, nur Krankenpflege (also kein Kranken-, Haus-, Wochen-, Stillgeld usw.) erhält; das Sterbegeld darf 30 M. nicht übersteigen, und für Versicherte, deren Mitgliedschaft noch nicht 26 Wochen besteht, übt eine Beitragssäumnis für mehr als ein Viertel der Versicherungsdauer die gleiche einschränkende Wirkung aus. Bei den Hausgewerbetreibenden haben die §§ 482—485 die Möglichkeit einer Kürzung des Krankengeldes je nach der Höhe des Ausfalls an Auftraggeberzuschüssen und eigenen Beiträgen offen gelassen. Im übrigen muß man an der Regel festhalten, daß die Mitgliedschaft in der Krankenkasse und das Anrecht auf deren Bezüge nicht durch die Beitragszahlungen beeinflußt wird, sondern allgemein aus dem Beschäftigungsverhältnis entspringt.

Bei der Unfallversicherung ist derselbe Grundgedanke maßgebend: die Saumseligkeit des Betriebsinhabers in bezug auf die Prämienentrichtung ändert nicht das geringste an der Pflicht der Berufsgenossenschaft, dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen die ihnen gesetzlich gebührenden Entschädigungen und Renten zu gewähren.

Bei der Invaliden- und Hinterbliebenen- sowie bei der Angestelltenversicherung ist dagegen das Bild völlig abweichend: hier hängt tatsächlich der Anspruch und seine Höhe von der Beitragsentrichtung und von deren Höhe ab. Die Aufrechterhaltung der Anwartschaft, die Erfüllung der gesetzlichen Wartezeit sind ohne die Beitragsleistung nicht möglich, und die Berechnungen der Renten stehen, anders als bei der Kranken- und Unfallversicherung, im engsten Zusammenhange mit Zahl und Art (Lohnklasse) der Beiträge. Es mag als eine gewisse Härte erscheinen, wenn ein Versicherter durch die Schuld seines Arbeitgebers bei Eintritt des Versicherungsfalls keine oder eine niedrigere Rente erhält; wenn aber der ganze Aufbau dieser Versicherungszweige im Anschluß an den Nachweis der Beiträge (Kartensystem) durchgeführt ist, bleibt nichts anderes übrig. Diese Regelung hat auf der anderen Seite auch große Vorzüge, sie liefert den Versicherungsträgern eine feste Grundlage ihrer Einnahmen und kann durch die Verbindung der Beitragserhebung für die Invaliden- und Hinterbliebenen- mit der Krankenversicherung (Einzugsverfahren, §§ 1447 ff. S. 210) wesentlich verbessert werden. Eine Erleichterung für die Versicherten bedeutet § 1442, wonach Pflichtbeiträge, deren Entrichtung ohne Verschulden eines Versicherten unterblieben ist, noch bis zum Ablauf von vier (sonst zwei) Jahren seit der Fälligkeit rechtswirksam nachgeholt werden können; im Gegensatz dazu schließt mit Recht § 1443 die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge für mehr als ein Jahr zurück oder nach Eintritt dauernder oder vorübergehender Invalidität aus.

Wenden wir uns nun zu den andern Mitteln der Beitragssicherung, so kommt in erster Reihe die Meldepflicht in Betracht, durch die den Versicherungsträgern ein Überblick der Versicherungsverhältnisse verschafft wird. Sowohl bei den Krankenkassen (§§ 317 ff.) wie bei den Berufsgenossenschaften (§§ 653 ff.) ist diese Obliegenheit der Arbeitgeber gesetzlich festgelegt; bei der Invaliden- und Hinterbliebenen- und der Angestellten-Versicherung ist zwar ein Zwang zur Beschaffung der Quittungskarten eingeführt, die Pflicht der Arbeitgeber besteht aber hier im weiteren Verlauf der Dinge in der pünktlichen Entrichtung der Beiträge, ohne daß beim Stellenwechsel jedesmal eine neue Meldung nötig ist.

Strafvorschriften unterstützen die Beobachtung der Meldevorschriften (§ 530,

§ 909, S. 110) und den Markenverwendungszwang (§ 1488 das.). Als eine sehr wirksame Bestimmung hat sich auch die früher viel umstrittene Einrichtung bewährt, daß die Arbeitgeber bei unterlassener Abmeldung die Krankenkassenbeiträge bis zur Nachholung des Versäumten weiterzuzahlen haben (§ 397, Abs. 1), und daß diese Vorschrift auch für den Fall der unterbliebenen Anmeldung gilt. Wer also einen Versicherten vom 1. April 1922 ab bis zum 1. Juli dess. J. beschäftigt, aber ihn weder an- noch abmeldet, muß es sich gefallen lassen, daß er später zur vollen Nachzahlung der Beiträge (einschließlich des Arbeitnehmeranteils) herangezogen wird, und zwar so lange, bis er die Abmeldung erledigt. Die Versicherungsträger würden aber übel beraten sein, wenn sie sich auf die gelegentliche Anzeige ermittelter Verstöße bei den Polizei- und Staatsanwaltsbehörden oder auf die Ausübung ihrer eigenen Befugnis zur Verhängung von Ordnungsstrafen und Bußen (§ 531 RVO.) beschränken wollten, und wenn sie sich damit begnügten, in solchen Fällen die Beiträge nachträglich zu verlangen. Nicht nur den Versicherten gegenüber ist (wegen der Simulationsgefahr, wegen des verständigen Verhaltens in Krankheitsfällen usw.) eine Überwachung angebracht, sondern auch die Arbeitgeber müssen in zahlreichen Fällen dazu durch einen geregelten Kontrolldienst angehalten werden. Die Annahme und die Tätigkeit von Überwachungsbeamten macht sich bei jedem Versicherungszweige bezahlt; schon ihr Vorhandensein übt einen heilsamen Einfluß aus, weil jeder Betriebsinhaber, jeder Lohnbuchführer damit rechnen muß, daß unerwartet ein Beauftragter der Versicherung auftaucht, die Vorlegung der Bücher und Listen fordert und die Nachweise sorgfältig prüft. In § 876 RVO. ist bestimmt, daß die Genossenschaften, um die eingereichten, binnen sechs Wochen nach Ablauf des Geschäftsjahrs (§ 750) einzusendenden Lohnnachweise zu prüfen, durch Rechnungsbeamte die Geschäftsbücher und Listen der Unternehmer einsehen können, aus denen die Zahl der beschäftigten Arbeiter und Beamten und der Betrag des von jedem verdienten Entgelts hervorgeht. Eine ähnliche Vorschrift für die Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung ist in § 1466 enthalten.

Die Versicherungsträger sind bei der Handhabung ihrer Befugnisse auf die Unterstützung der Versicherungs-, der Reichs-, der Staats- und der Gemeindebehörden angewiesen. Diese haben die Pflicht, auch unaufgefordert Mitteilung davon zu machen, wenn sie etwas von Beitragshinterziehungen erfahren. Sie müssen sich von der Auffassung leiten lassen, daß die Versicherung nicht die Privatsache der einzelnen Kasse, Berufsgenossenschaft oder Anstalt ist, sondern daß es sich um eine große, allgemeine Volksaufgabe handelt, deren Vernachlässigung nicht geduldet werden darf. Deshalb ist auch in § 28 Abs. 1, 3 RVO. vorgeschrieben, daß Rückstände wie Gemeindeabgaben beigetrieben werden; sie haben das Vorzugsrecht des § 61 Nr. 1, der Konkursordnung.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 4 der **Amtl. Nachr.** vom 30. April 1922*.)

I. Unfallversicherung.

Ein Verwandter der aufsteigenden Linie ist im Sinne des § 593 RVO. nur dann als vom Verstorbenen „wesentlich unterhalten" anzusehen, wenn dieser ihn aus seinem Arbeitsverdienst so erheblich unterstützt hat, daß durch Wegfall der Unterstützung die durch Zuwendungen des Verstorbenen ermöglichte einigermaßen auskömmliche Lebenshaltung des Antragstellers gefährdet ist (3098 S. 262).

Bei Prüfung des Anspruchs auf Elternrente aus § 593 RVO. kann eine erst nach dem tödlichen Unfall des Abkömmlings eingetretene Arbeitsunfähigkeit und Bedürftigkeit des Antragstellers nicht

*) Uns erst am 24. Juni 1922 zugegangen!

berücksichtigt werden, auch wenn sie in innerem Zusammenhange mit dem Unfall und unmittelbar darauf eingetreten ist (3099 S. 265).

Zu den technischen, auf einen wirtschaftlichen Zweck gerichteten Verrichtungen der Heeresverwaltung (Verwaltung der Reichswehrmacht), die als einheitlicher Gesamtbetrieb der Unfallversicherung unterliegen (Grunds. Entsch. des RVA. 2957, Amtl. Nachr. 1917 S. 489), gehören bei Lazaretten jedenfalls die Verrichtungen des Lazarettpersonals, die der Reinigung und Instandhaltung der Räumlichkeiten und der Geräteausstattung sowie der Unterbringung der letzteren dienen (3100 S. 266).

In gleicher Weise gehören dazu bei Krankenhäusern auch die unmittelbar der Pflege der Kranken dienenden technischen Verrichtungen des Krankenhauspersonals — Verabfolgung des Essens, Anlegen von Verbänden, Transport und Bewachung der Kranken innerhalb der Anstalt usw. (3101 S. 267).

Hat das Oberversicherungsamt gleichzeitig über die erste Dauerrente und über die Neufeststellung dieser Dauerrente erkannt, so ist der Rekurs des Verletzten gegen dies Urteil auch hinsichtlich der Neufeststellung zulässig und der Rentenanspruch auch insoweit vom Rekursgericht nachzuprüfen, selbst wenn die Voraussetzung des § 1707 RVO. nicht gegeben ist (vgl. Rek. Entsch. des Gr. Sen. 2849, Amtl. Nachr. 1916 S. 214 Ziff. 4). Dasselbe gilt in diesem Falle für den Rekurs des Versicherungsträgers, der sich nur gegen die Neufeststellung der Dauerrente richtet (3102 S. 267).

Die einen Betrieb oder Nebenbetrieb übernehmende Genossenschaft (§ 673 RVO.), auf welche die Pflicht zur Zahlung einer Renten*zulage* übergeht, hat dieserhalb keinen Anspruch auf einen Teil der Rücklage der abgebenden Genossenschaft (3104 S. 269).

Das Abrollen von Gütern, die mit der Bahn oder dem Schiffe an die Adresse des Empfängers ankommen, durch einen von diesem beauftragten Fahrunternehmer gilt als Frachtfuhrwerk im Sinne des Bundesratsbeschlusses v. 15. 4. 86 (Amtl. Nachr. des RVA. S. 50), sofern nicht der Fuhrunternehmer die Güter nach der Weisung des Empfängers mit der Bahn oder dem Schiffe weiterzuversenden oder auf Lager zu nehmen hat; in diesem Falle liegt Speditions- oder Lagereitätigkeit vor (3105 S. 270).

§ 656 RVO. gibt dem Versicherungsamt nicht das Recht, das persönliche Erscheinen des Betriebsunternehmers vor dem Versicherungsamt zur Erteilung der Auskunft durch Verhängung von Geldstrafen zu erzwingen (3106 S. 272).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Für den Anspruch auf Sterbegeld aus § 202 RVO. ist (anders als im Falle des § 201; vgl. Entsch. 2531 Amtl. Nachr. 1919 S. 353, ArbVers. 1919 S. 492) nicht der Tod, sondern die vorausgegangene Krankheit des Versicherten der Versicherungsfall (2692 S. 279).

Für Entbindungsfälle, die vor dem Inkrafttreten des Wochenhilfegesetzes v. 29. 7. 21 eingetreten sind, können Wochen- und Stillgeld auch über diesen Zeitpunkt hinaus nur in dem bisherigen niederen Umfange gezahlt werden (2693 S. 281).*)

Der Anspruch auf Familienhilfe entsteht mit der Entbindung in vollem Umfang. Es ist deshalb unerheblich, wenn der Versicherte vor Ablauf der gesetzlichen Bezugszeit durch Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze aus der Kassenmitgliedschaft ausscheidet (2694 S. 282).

Ein Anspruch auf Waisenaussteuer besteht auch dann nicht, wenn die Witwe bei Fälligkeit dieses Bezugs (§ 1264 RVO.) die Anwartschaft verloren hat; zu vgl. Entsch. 2252, Amtl. Nachr. 1916 S. 635 (2695 S. 282).

Ein Minderjähriger bedarf zum Antrag auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Krankenkasse (§ 517 RVO.) der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters (2696 S. 283).

Erstreckt sich eine einheitliche Arbeitsstätte über verschiedene Kassenbezirke, so ist nach §§ 234, 153 Abs. 1 RVO. die Kasse zur Versicherung zuständig, in deren Bezirk der Schwerpunkt der versicherten Tätigkeit liegt (2697 S. 285).

Als Wertpapiere, die nach § 365 RVO. der Gemeindeverband verwahrt, sind auch Sparkassenbücher anzusehen (2698 S. 286).

B. Zur Krankenversicherung.

Gesetz über Versicherungspflicht in der Krankenversicherung.

Vom 9. Juni 1922 (RGBl. S. 497).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Im § 165 Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 2, im § 577 Abs. 1 und im § 1084 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 5) wird das Wort „vierzigtausend" durch das Wort „zweiundsiebzigtausend" ersetzt.

§ 2. — Wer in der Zeit seit dem 5. Januar 1922 wegen Überschreitens der Verdienstgrenze von vier-

*) Die Entscheidung ist praktisch überholt durch § 1 des Ges. v. 20. 4. 22, hier Heft 17 S. 264.

zigtausend Mark aus seiner Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden ist, kann bei dieser Kasse binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 der Reichsversicherungsordnung beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 1 versicherungspflichtig ist.

Die Kasse kann den Berechtigten, wenn er sich zum Beitritt meldet, ärztlich untersuchen lassen. Eine Erkrankung, die beim Wiedereintritte bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung.

Wer einer Ersatzkasse angehört und auf Grund der Vorschrift des § 1 in einer knappschaftlichen Krankenkasse versicherungspflichtig wird, weil sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst vierzigtausend Mark übersteigt, kann von der Versicherungspflicht bei der knappschaftlichen Krankenkasse befreit werden, wenn er es bei ihr binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes beantragt. Dem Antrag muß stattgegeben werden, wenn die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse bereits länger als sechs Monate bestanden hat.

§ 3. — Sind Personen, deren regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst mehr als vierzigtausend Mark, aber nicht mehr als zweiundsiebzigtausend Mark beträgt, vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes trotz Überschreitens der für ihre Versicherungspflicht maßgebenden Verdienstgrenze von ihrer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden, so kann diese Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden. Dies gilt auch für solche Fälle, in denen beim Inkrafttreten dieses Gesetzes ein Streitverfahren schwebt.

§ 4. — Die Frist zur Meldung derjenigen Beschäftigten, welche durch die Vorschrift des § 1 der Versicherungspflicht neu unterstellt werden, wird bis zum vierzehnten Tage nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erstreckt, soweit sie nicht nach § 317 der Reichsversicherungsordnung darüber hinausläuft. Die Meldung kann wirksam schon vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geschehen.

Anmerkung: Das Gesetz ist durch Ausgabe der Nr. 41 des RGBl. in Berlin am 23. 6. 22 verkündet, also am 7. 7. 22 in Kraft getreten.

Gesetz über Grundlöhne und Vorstandswahl bei den Krankenkassen.

Vom 9. Juni 1922 (RGBl S. 498).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Im § 180 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung der Verordnung vom 30. April 1920 (RGBl. S. 769) und des Gesetzes über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 5) werden das Wort „vierzig" durch das Wort „sechzig" und das Wort „achtzig" durch das Wort „einhundertundzwanzig" ersetzt.

§ 2. — Einer Satzungsänderung wegen der Erhöhung des Grundlohns nach § 1 bedarf es bis zu einer weiteren gesetzlichen Änderung des § 180 der Reichsversicherungsordnung nur, wenn auch die bisher bei der Kasse bestehenden Mitgliederklassen oder Lohnstufen geändert werden sollen. Die nicht hierunter fallenden Änderungen des Grundlohns hat inzwischen der Kassenvorstand festzusetzen; eines Beschlusses des Kassenausschusses bedarf es nur, wenn die Höchstgrenze des Grundlohns über sechzig Mark, bei Kassen aber, bei denen die Höchstgrenze bisher schon vierzig Mark überstieg, wenn die Höchstgrenze über neunzig Mark hinaufgesetzt werden soll.

Mitglieder, deren Grundlohn danach die bisher bei der Kasse vorgeschriebene Höchstgrenze übersteigt, haben auf die ihrem neuen Grundlohn entsprechenden höheren Kassenleistungen von dem Tage des Vorstandsbeschlusses ab auch in Versicherungsfällen Anspruch, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits eingetreten sind.

§ 3. — Für Beschäftigte, die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse verpflichtet sind und für die nach den Vorschriften dieses Gesetzes ein höherer Grundlohn in Betracht kommt als der bisherige höchste Grundlohn ihrer Kasse, haben die Arbeitgeber der Kasse binnen vier Wochen nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die zur Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen.

Zuwiderhandlungen werden gleich Zuwiderhandlungen gegen § 318 der Reichsversicherungsordnung bestraft.

§ 4. — Hat ein Kassenvorstand vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, in der Annahme, nach § 9 Abs. 1 Satz 2, 3 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 dazu berechtigt zu sein, auch die bisher bei seiner Kasse bestehenden Mitgliederklassen oder Lohnstufen geändert, so sind diese Änderungen von ihrem Erlaß an bis zu der im § 2 Abs. 1 vorbehaltenen Satzungsänderung als gültig zu betrachten. Dies gilt auch, soweit darüber beim Inkrafttreten dieses Gesetzes ein Verfahren schwebt. Die Nichtanwendung dieser Vorschrift gilt, soweit Revision nach § 1695 der Reichsversicherungsordnung zulässig ist, auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Sind Ansprüche, die auf Grund dieser Vorschrift begründet sind, bereits rechtskräftig abgewiesen worden, so hat die Krankenkasse auf Antrag des Berechtigten einen neuen Bescheid zu erteilen.

§ 5. — Dem § 328 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung der Verordnung über die Wahl

des Vorstandsvorsitzenden bei den Ortskrankenkassen und über die Kassenangestellten vom 5. Februar 1919 (RGBl. S. 181) wird als Abs. 2, 3 folgendes hinzugefügt:

Erhält kein Mitglied die für seine Wahl erforderliche Stimmenmehrheit, so wird die Wahl auf einen anderen Tag anberaumt. Kommt die Wahl auch in der zweiten Sitzung nicht zustande, so gelten die beiden Mitglieder, welche die höchsten Stimmenzahlen erhalten haben, mit der Maßgabe als gewählt, daß sie den Vorsitz unter gegenseitiger Stellvertretung abwechselnd je für ein Jahr zu führen haben. Die Reihenfolge bestimmt sich nach der höchsten Stimmenzahl, bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Für die etwa zu wählenden weiteren Stellvertreter gilt diese Vorschrift entsprechend.

§ 6. — Dieses Gesetz tritt mit dem Tage seiner Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Tag der Verkündung ist der 23. 6. 22.

Gesetz über Wochenhilfe.

Vom 9. Juni 1922 (RGBl. S. 499).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I

Die §§ 195 a bis 197, 199, 205 a bis 205 d der Reichsversicherungsordnung erhalten folgenden Wortlaut:

§ 195 a. — Weibliche Versicherte, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten als Wochenhilfe

1. ärztliche Behandlung, falls solche bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich wird,
2. einen einmaligen Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von zweihundertundfünfzig Mark; findet eine Entbindung nicht statt, so sind als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden fünfzig Mark zu zahlen,
3. ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens sechs Mark täglich, für zehn Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig,
4. solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens acht Mark täglich, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft.

Neben dem Wochengelde für die Zeit nach der Entbindung wird Krankengeld nicht gewährt; die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen.

Wechselt die Wöchnerin während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig. § 212 gilt hierbei nicht.

Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld bis zum satzungsmäßigen Ende der Bezugszeit an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

§ 195 b. — Die Satzung kann die Dauer des Wochengeldbezugs bis auf dreizehn Wochen, des Stillgeldbezugs bis auf sechsundzwanzig Wochen erweitern.

Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts das Wochengeld höher als das Krankengeld, und zwar bis zur Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohns bemessen.

§ 195 c. — Der Vorstand der Krankenkasse kann, soweit keine Anordnung nach § 195d getroffen ist, allgemein beschließen, bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden freie Hebammenhilfe und freie Arznei zu gewähren; in diesem Falle ermäßigt sich die bare Beihilfe an die Wöchnerin nach § 195 a Abs. 1 Nr. 2 auf einhundert Mark; findet keine Entbindung statt, so ist kein Beitrag zu zahlen.

Bei Ersatzforderungen der Kasse und gegen die Kasse gilt als Wert der Sachleistung nach Abs. 1 der Betrag von einhundertundfünfzig Mark.

§ 195 d. — Wo nach Landesgesetz eine öffentlich-rechtliche Körperschaft den Hebammen die Gebühren auszahlt oder ein bestimmtes Mindesteinkommen gewährleistet, kann zugleich angeordnet werden, daß die Krankenkasse einen Teil des einmaligen Beitrags nach § 195 a Abs. 1 Nr. 2 bis zur Höhe von einhundertundfünfzig Mark an die Körperschaft statt an die Wöchnerin zu zahlen hat. Dieser Betrag muß der Wöchnerin auf die Gebühr angerechnet werden, die sie selbst für die Hebammenhilfe zu zahlen hat.

§ 196. — Mit Zustimmung der Wöchnerin kann die Kasse

1. an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewähren,
2. Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren und dafür bis zur Hälfte des Wochengeldes abziehen.

Im Falle der Nr. 1 gilt § 186 entsprechend.

§ 197. — Ist die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen versichert gewesen, so haben die anderen der leistungspflichtigen Kasse

auf Verlangen die Leistungen aus den §§ 195 a, 195 c, 196 nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten. Dabei gilt als Wert der Sachleistung nach § 195 a Abs. 1 Nr. 1 der Betrag von dreihundert Mark; der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats im Falle eines Bedürfnisses diesen Betrag allgemein anderweit festsetzen.

Der Erstattungsanspruch ist nur bis zur Höhe des Anspruchs begründet, welcher der Wöchnerin gegen die erstattungspflichtige Kasse zugestanden hätte, wenn diese leistungspflichtig gewesen wäre.

§ 199. — Die Satzung kann Schwangeren, die der Kasse mindestens sechs Monate angehören, wenn sie infolge der Schwangerschaft arbeitsunfähig werden, ein Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von sechs Wochen zubilligen.

§ 205 a. — Wochenhilfe erhalten auch die Ehefrauen sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, wenn

1. sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. ihnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195 a nicht zusteht und
3. die Versicherten im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind.

Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bestimmen, wieweit von der Voraussetzung des Abs. 1 Nr. 1 abzusehen ist.

Als Wochenhilfe werden die im § 195 a bezeichneten Leistungen gewährt; dabei beträgt das Wochengeld vierundeinehalbe Mark und das Stillgeld acht Mark täglich.

Die Satzung kann den Betrag des Wochengeldes und des Stillgeldes je bis auf die Hälfte des Krankengeldes der Versicherten erhöhen.

Die Familienwochenhilfe ist auch zu gewähren, wenn die Niederkunft innerhalb neun Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt. Bei Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern ist Voraussetzung, daß sie mit dem Versicherten bis zu seinem Tode in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

Wechseln die Versicherten während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig. § 212 gilt hierbei nicht.

Die §§ 195 b Abs. 1, 195 c, 195 d, 196, 197, 199 gelten entsprechend.

Sind mehrere Krankenkassen oder knappschaftliche Krankenkassen oder ist eine dieser Kassen mehrfach beteiligt, so ist die Wochenhilfe nur einmal zu gewähren. Unter mehreren Kassen steht der Wöchnerin die Wahl frei. Der Krankenkasse im Sinne dieser Vorschrift steht eine Ersatzkasse hinsichtlich der Mitglieder gleich, deren Rechte und Pflichten nach § 517 Abs. 1 ruhen oder die gemäß § 507 a den versicherungspflichtigen Mitgliedern gleichgestellt sind.

§ 205 b. — Die Satzung kann zubilligen:

1. Krankenpflege an solche Familienangehörige der Versicherten, welche darauf nicht anderweit nach diesem Gesetz Anspruch haben,
2. Sterbegeld beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes eines Versicherten. Es kann für den Ehegatten bis auf zwei Drittel, für ein Kind bis auf die Hälfte des Mitgliedersterbegeldes bemessen werden und ist um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen, auf das der Verstorbene selbst gesetzlich versichert war.

§ 205 c. — Für den Übergang von Schadenersatzansprüchen berechtigter Familienmitglieder (§ 205 b) auf die Krankenkassen gilt § 1542 entsprechend.

§ 205 d. — Die Regelleistungen der Krankenkasse nach § 205 a Abs. 3 werden ihr durch das Reich zur Hälfte erstattet. Dabei gilt § 197 Abs. 1 Satz 2 entsprechend.

Die Kasse hat die verauslagten Beträge dem Versicherungsamte nachzuweisen; dieses hat das Recht der Beanstandung; das Oberversicherungsamt entscheidet darüber endgültig. Soweit die Kassen auf Grund des § 205 c Ersatz für geleistete Familienwochenhilfe erhalten, hat das Reich Anspruch auf Anrechnung der Hälfte.

Das Nähere über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung bestimmt der Reichsarbeitsminister.

Die Kasse kann beantragen, daß ihr vom Reiche auf die ihr zur Last fallenden Leistungen ein Vorschuß bis zu dem Betrage gewährt wird, den die Kasse im voraufgegangenen Monat für das Reich verauslagt hat. Der Vorschuß ist bei der nächsten Verrechnung der geleisteten Zahlungen auszugleichen.

Artikel II

Im § 294 Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung wird an Stelle von „§ 205 Nr. 3" gesetzt „§ 205 b Nr. 2".

Artikel III

Der § 370 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Zusatz:

Wird bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden ärztliche Behandlung erforderlich (§ 195 a Abs. 1 Nr. 1), so kann die Krankenkasse in den vorstehend bezeichneten Fällen der Wöchnerin statt der Sachleistung eine bare Beihilfe bis zum Betrage von dreihundert Mark gewähren. Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats im Falle eines Bedürfnisses diesen Betrag allgemein anderweit festsetzen.

Artikel IV

Im § 372 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung ist hinter dem Worte „Erkrankten" einzufügen „und Wöchnerinnen".

Artikel V

Der § 500 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

Die §§ 195 d, 197, 205 a, 205 c, 205 d, 211 bis 214, 219 bis 222, 224, 313, 313a, 314 gelten entsprechend.

Artikel VI

Im § 507 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung fällt Satz 2 weg.

Artikel VII

Hinter dem § 507 der Reichsversicherungsordnung ist der folgende § 507 a neu einzufügen:

§ 507 a

Soweit die Rechte und Pflichten versicherungspflichtiger Mitglieder einer Ersatzkasse nach § 517 ruhen, gelten für die Regelleistungen an Wochenhilfe, welche die Ersatzkasse diesen Mitgliedern und ihren Familienangehörigen gewährt, die §§ 195 d, 197, 205 a, 205 c, 205 d entsprechend.

Was wegen der Wochenhilfe für die im Abs. 1 genannten Mitglieder der Ersatzkassen gilt, gilt auch für diejenigen Mitglieder, welche beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zur Weiterversicherung bei einer Krankenkasse (§§ 313, 313 a, 314, 500) berechtigt gewesen sein würden und seitdem der Ersatzkasse ununterbrochen angehört haben.

Artikel VIII

§ 14 des Gesetzes, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge, vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) fällt weg.

Artikel IX

Dieses Gesetz tritt mit dem Tage seiner Verkündung in Kraft. Mit dem gleichen Tage tritt Artikel V des Gesetzes vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) außer Kraft.

Für Entbindungsfälle, die vor dem im Abs. 1 genannten Tage eingetreten sind, ist das Wochen- und Stillgeld für den Rest der Bezugszeit in dem diesem Gesetz erhöhten Betrage zu zahlen.

Anmerkung: Tag der Verkündung ist der 23. 6. 22.

Gesetz über Wochenfürsorge.

Vom 9. Juni 1922 (RGBl. S. 502).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Eine minderbemittelte Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat und für die nach den Vorschriften über die Reichsversicherung oder über die Kriegswochenhilfe kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, erhält aus den Mitteln des Reichs eine Wochenfürsorge.

§ 2. — Sofern nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird, gilt eine Wöchnerin als minderbemittelt, wenn ihr und ihres Ehemanns steuerpflichtiges Gesamteinkommen oder, sofern sie allein steht, ihr eigenes steuerpflichtiges Einkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von fünfzehntausend Mark nicht überstiegen hat. Dieser Betrag erhöht sich für jedes vorhandene Kind unter fünfzehn Jahren um fünfzehnhundert Mark.

§ 3. — Als Wochenfürsorge wird gewährt:

1. ärztliche Behandlung, falls solche bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich wird,
2. ein einmaliger Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von zweihundertundfünfzig Mark; findet eine Entbindung nicht statt, so sind als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden fünfzig Mark zu zahlen,
3. ein Wochengeld in Höhe von vierundeinhalbe Mark täglich für zehn Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig; die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen,
4. solange die Wöchnerin das Kind stillt, ein Stillgeld in Höhe von acht Mark täglich bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft.

Stirbt die Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld bis zum Ende der Bezugszeit an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

§ 4. — Wo nach Landesgesetz eine öffentlich-rechtliche Körperschaft den Hebammen die Gebühren auszahlt oder ein bestimmtes Mindesteinkommen gewährleistet, kann zugleich angeordnet werden, daß ein Teil des einmaligen Beitrags nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 bis zur Höhe von einhundertundfünfzig Mark an die Körperschaft statt an die Wöchnerin zu zahlen ist. Diese Gebühr muß der Wöchnerin auf die Gebühr angerechnet werden, die sie selbst für die Hebammenhilfe zu zahlen hat.

§ 5. — Der Antrag auf Wochenfürsorge ist bei dem Versicherungsamte zu stellen. Dieses nimmt die nach den §§ 1, 2 erforderlichen Feststellungen vor. Die Auszahlung geschieht auf Anweisung des Versicherungsamts durch die allgemeine Ortskrankenkasse, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin liegt, und, wo eine solche Kasse nicht besteht, durch die Landkrankenkasse.

§ 6. — Gewährt eine Krankenkasse ihren Mitgliedern nach § 195 c der Reichsversicherungsordnung bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden freie Hebammenhilfe und freie Arznei, so gilt diese Bestimmung auch für die Wöchnerinnen,

denen die Krankenkasse Wochenfürsorge leistet; in diesem Falle ermäßigt sich die bare Beihilfe an die Wöchnerin nach § 3 Abs. 1 und 2 auf einhundert Mark; findet keine Entbindung statt, so ist kein Beitrag zu zahlen.

§ 7. — Weigern sich die Ärzte der Krankenkasse, die Behandlung bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden zu den für die Mitglieder oder Familienangehörigen der Kasse geltenden Bedingungen zu übernehmen oder sich im Streitfall dem Spruche eines unter Mitwirkung von Unparteiischen zu gleichen Teilen mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetzten Schiedsamts oder Schiedsgerichts zu unterwerfen, so ermächtigt das Oberversicherungsamt die Krankenkasse auf Antrag, für die Wöchnerin statt dieser Sachleistung einen baren Betrag bis zu dreihundert Mark zu gewähren. Der Reichsarbeitsminister kann diesen Betrag im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen allgemein anderweit festsetzen.

§ 8. — Die Leistungen der Kasse werden ihr durch das Reich erstattet. Dabei gilt als Wert der Sachleistung nach § 6 der Betrag von einhundertundfünfzig Mark. Die Kosten der Sachleistung nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 sind der Kasse in der ihr nachweislich entstandenen Höhe zu ersetzen. Der Reichsarbeitsminister kann darüber nähere Bestimmungen erlassen, auch im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen einen Pauschbetrag für diese Ersatzleistung festsetzen.

§ 9. — Die Kasse hat die verauslagten Beträge dem Versicherungsamte nachzuweisen, dieses hat das Recht der Beanstandung, das Oberversicherungsamt entscheidet darüber endgültig.

Das Nähere über die Nachweisung, Verrechnung und Zahlung bestimmt der Reichsarbeitsminister.

Die Kasse kann beantragen, daß ihr vom Reiche auf die ihm zur Last fallenden Leistungen ein Vorschuß bis zu dem Betrage gewährt wird, den die Kasse im voraufgegangenen Monat für das Reich verauslagt hat. Der Vorschuß ist bei der nächsten Verrechnung der geleisteten Zahlungen auszugleichen.

§ 10. — Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts im Falle des § 5 ist binnen einem Monat die Beschwerde an das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) zulässig; es entscheidet endgültig.

Für die Leistungen und den Anspruch darauf gelten die §§ 118, 119, 210, 216, 217, 223, 224, 1531 bis 1533, 1538 bis 1540 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

Die Steuerbehörden haben den Kassen und den Versicherungsbehörden auf Anfordern Auskünfte über die Verhältnisse der Wöchnerin oder ihres Ehemannes zu geben.

11. — Diese Vorschriften treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Von diesem Tage ab treten die Vorschriften der Gesetze vom 26. September 1919, vom 30. April 1920, vom 29. Juli 1921 und vom 28. Dezember 1921 (Reichsgesetzbl. 1919 S. 1757, 1920 S. 1069, 1921 S. 1189 und 1922 S. 7) außer Kraft, soweit sie die Wochenfürsorge betreffen.

Wöchnerinnen, die erst nach den vorstehenden Vorschriften als minderbemittelt zu gelten haben, aber vor dem Tage des Inkrafttretens dieser Vorschriften entbunden worden sind, erhalten von diesem Tage ab das Wochen- und Stillgeld für den Rest der Bezugszeit. Für Entbindungsfälle, die vor dem im Abs. 1 genannten Tage eingetreten sind, ist das Wochen- und Stillgeld für den Rest der Bezugszeit in dem nach diesem Gesetz erhöhten Betrage zu zahlen.

Der § 3 Abs. 2 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 20. April 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 463) erhält mit Wirkung vom Inkrafttreten des genannten Gesetzes ab folgenden Zusatz:

Das gleiche gilt sinngemäß für Entscheidungen des Versicherungsamts nach § 18 des Gesetzes, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge, vom 29. Juli 1921 (Reichsgesetzbl. S. 1189).

Anmerkung: Tag der Verkündung ist der 23. 6. 22.

Zur Wirkung eines Gesetzes, das erst nach dem Tage, an dem es in Kraft tritt, verkündet ist.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Berlin** v. 31. Mai 1922 (III B. K. 106. 21).

Ein Angestellter, der infolge des Gesetzes v. 28. 12. 21 (RGBl. 1922 S. 5 ArbVers. 1922 S. 39) wieder Pflichtmitglied einer Betriebskrankenkasse geworden war und der zugleich Mitglied einer Ersatzkasse war, hat den Antrag auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Betriebskrankenkasse (§ 517 RVO.) am 13. 1. 22 gestellt und beansprucht, von der Beitragsleistung an diese Kasse vom 1. 1. 22 befreit zu werden. Das Versicherungsamt hat den Antragsteller für die Zeit vom 1. 1. 22 bis zum Eingang des Antrags auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten für beitragspflichtig erklärt. Gegen diese Entscheidung hat der Antragsteller Beschwerde erhoben. Er führte aus, er habe den Antrag auf Befreiung (auf Ruhen der Rechte und Pflichten) rechtzeitig gestellt. Da das Gesetz vom 28. Dezember 1921 erst am 5. Januar 1922 verkündet sei, würde keine Möglichkeit bestehen, die Doppelzahlung für die Zeit vom 1. bis 5. Januar zu vermeiden.

Die Betriebskrankenkasse hingegen hat beantragt, nicht nur die Beschwerde zurückzuweisen, sondern auch, unter Aufhebung der Vorentscheidung, ihr die Beiträge für die Zeit vom 1. Januar bis einschließlich 31. März 1922 zuzusprechen. Da das am 5. 1. 1922 verkündete Gesetz vom 28. Dezember 1921 mit Wirkung vom 1. Januar 1922 erlassen sei, sei der Beschwerdeführer seit dem 1. Januar Pflichtmitglied der Kasse. Als zweiter auf den 1. Januar folgender Zahltag könne nur der 9. Januar in Frage kommen, so daß der Befreiungsantrag am 13. Januar verspätet eingegangen sei.

Das Oberversicherungsamt hat den Beschwerdeführer für verpflichtet erklärt, die Beiträge zur Be-

triebskrankenkasse für die Zeit v. 5. bis 13. Januar 1922 zu zahlen. — Gründe:

Zutreffend hat das Versicherungsamt in der angefochtenen Entscheidung festgestellt, daß für den Beschwerdeführer als erster auf den tatsächlichen Beitritt zu der Pflichtkasse folgender Zahltag nur der 9. Januar 1922 und als zweiter Zahltag nur der 16. Januar in Frage kommen kann. Allerdings ist das Gesetz vom 28. Dezember 1921 mit Wirkung vom 1. Januar 1922 in Kraft getreten. Die Verkündung des Gesetzes ist aber erst am 5. Januar 1922 erfolgt, so daß der Beschwerdeführer gar nicht in der Lage war, vor dem 5. Januar den Antrag zu stellen. Da § 519 RVO. ausdrücklich als Ende der Frist für die Einreichung des Antrages den zweiten Zahltag bestimmt hat, kann als erster Zahltag nur der erste auf den tatsächlich erfolgten Beitritt folgende Zahltag in Frage kommen, auch wenn infolge der Rückwirkung des erst am 5. Januar verkündeten Gesetzes auf den 1. Januar von diesem Tage an die Pflichtmitgliedschaft bereits bestanden hat. An dem ersten auf den 1. Januar 1922 folgenden Zahltag, dem 2. Januar, konnte der Antrag noch gar nicht gestellt werden, da an diesem Tage das Gesetz noch nicht verkündet war. Es kommt mithin für den Beschwerdeführer als erster Zahltag nur der 9. und als zweiter Zahltag nur der 16. Januar in Frage, so daß der am 13. Januar 1922 eingereichte Antrag rechtzeitig vorgelegt ist.

Zutreffend hat das Versicherungsamt auch unter Hinweis auf die grundsätzliche Entscheidung vom 21. Mai 1915 (Amtl. Nachr. S. 688 Nr. 2101) entschieden, daß der Antrag des Beschwerdeführers erst von dem Eingang desselben bei der Zwangskasse, also von dem 13. Januar an, wirksam ist, d. h., daß eine Verpflichtung des Beschwerdeführers zur Beitragszahlung bis zum Eingang des Antrags bei der Pflichtkasse bestand.

Dagegen konnte der Ansicht des Versicherungsamtes nicht beigetreten werden, daß diese Verpflichtung des Beschwerdeführers bereits mit dem 1. Januar 1922 begonnen hat. Zwar ist er nach dem Gesetz mit Wirkung vom 1. Januar Pflichtmitglied der Kasse geworden. Da aber das Gesetz erst am 5. Januar verkündet ist, der Beschwerdeführer mithin vor dem 5. Januar keinerlei Ansprüche gegen die Kasse geltend machen konnte, anderseits er den Antrag aus § 517 RVO. vor dem 5. Januar auch gar nicht stellen konnte, kommt als Tag des Beginns seiner Beitragszahlungspflicht auch nur der 5. Januar in Frage, so daß ein Anspruch der Beschwerdegegnerin ihm gegenüber auf Zahlung der Kassenbeiträge nur für die Zeit vom 5. bis 13. Januar besteht.

Die Beschwerde der Betriebskrankenkasse war daher zurückzuweisen, während auf die Beschwerde des Antragstellers die Zahlungsverpflichtung desselben nur für die Zeit vom 5. bis 13. Januar festzusetzen war.

Anmerkung: Die Entscheidung erscheint nicht zweifelsfrei, und es dürfte sich empfehlen, die Frage — die ja für den vorliegenden Fall endgültig ausgetragen ist (§ 405 Abs. 2 RVO.) — gelegentlich in einem anderen Falle zur grundsätzlichen Entscheidung vor das Reichsversicherungsamt zu bringen. Wir meinen, daß die grundsätzliche Bedeutung der Frage und ihre Zweifelhaftigkeit dem Oberversicherungsamte nicht hätte entgehen sollen, und daß es hinreichenden Anlaß gehabt hätte, die Sache gemäß §§ 1799, 1693 RVO. von Amts wegen an das Reichsversicherungsamt zu leiten, statt selbst zu entscheiden. Die Leichtigkeit und Sorglosigkeit, mit der man seit geraumer Zeit neuen Gesetzen rückwirkende Kraft verleiht oder — wie im vorliegenden Falle — ein Gesetz erst nach dem in ihm bestimmten Tage des Inkrafttretens verkündet, so daß es eben hierdurch rückwirkende Kraft beansprucht, erscheint doch nicht unbedenklich. Denn es kann sein, daß man auf diese Weise tatsächliche Möglichkeiten von rechtlichem Belange — ungewollt, weil unerwogen — vernichtet.

Das Oberversicherungsamt stellt in der vorliegenden Entscheidung fest: „An dem ersten auf den 1. 1. 22 folgenden Zahltag, dem 2. Januar, konnte der Antrag noch gar nicht gestellt werden, da an diesem Tage das Gesetz noch nicht verkündet war." Das ist richtig. Aber was folgt aus dieser tatsächlichen Unmöglichkeit, wenn nun einmal das Gesetz Wirkung schon vom 1. Januar ab beansprucht? Doch nur, daß durch die verspätete Verkündung eine tatsächliche Möglichkeit von rechtlichem Belange zerstört ist. Dem Beschwerdeführer ist infolge der verspäteten Verkündung des Gesetzes eine Möglichkeit der Antragstellung (§ 519 RVO.) entgangen, und er ist zu seinem Nachteil in die Lage versetzt, das unverschuldet Versäumte erst später nachholen zu können (§ 520). Wenn das Oberversicherungsamt aus der Unmöglichkeit einer Antragstellung vor der Verkündung des Gesetzes herleitet, daß als erster Zahltag nicht der 2. Januar, sondern erst der 9. Januar und als zweiter der 16. Januar in Frage komme, so bedeutet das nichts anderes, als daß dem Gesetze für den vorliegenden Fall die von ihm beanspruchte Geltung vom 1. Januar abgesprochen wird. Das geht nicht an. Man kann demgegenüber nicht geltend machen, daß das Gesetz jene unbillige Wirkung „nicht gewollt" haben könne. Darauf kommt es gar nicht an. Das Gesetz hat jedenfalls Geltung vom 1. Januar ab gewollt und jene Wirkung nur „nicht erwogen". Aber darunter darf nicht das Gesetz leiden, sondern nur der betroffene, im übrigen brave Staatsbürger.

Versetzung der Weiterversicherten in eine höhere Stufe (§ 313a RVO.).

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** v. 9. Mai 1922 (830/22 K).

Hahn hat hier im Heft 3 S. 37 und ausführlicher im Heft 7 S. 108 die Meinung vertreten, daß auf Grund des § 313 a RVO. der Weiterversicherte über die Stufe hinaus, der er beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht angehört hatte, keinesfalls versetzt werden dürfe. Im entgegengesetzten Sinne hat sich der Reichsarbeitsminister in einem Bescheide v. 17. 2. 22 geäußert, und wir haben in einer Anmerkung hierzu erklärt, daß die Praxis wohl der vom Minister vertretenen Auffassung werde folgen müssen (Heft 11 S. 171), zumal der Bescheid durch die darin mitgeteilte Begründung der Vorschrift ge-

stützt wurde. Auch die vorliegende Entscheidung bewegt sich in dem gleichen Gedankengange und fährt dann fort:

... Richtig ist allerdings die Bemerkung von Hahn, daß der Gesetzgeber an die Möglichkeit der höheren Einstufung gleich bei Beginn der Weiterversicherung nicht gedacht hat. Daraus folgt aber nicht, daß sie unzulässig ist. Sondern, wenn der Kassenvorstand befugt ist, alsbald nach Beginn der Weiterversicherung die Versetzung in eine höhere Lohnstufe vorzunehmen, dann wird er es naturgemäß auch gleich dann tun können, wenn der Versicherte seine Weiterversicherung beantragt oder anzeigt. Dies hat aber praktisch keine Bedeutung, da erst der Vorstand die nötigen Unterlagen sammeln muß und daher regelmäßig erst nach der Erklärung des Beitritts die Versetzung in eine höhere Stufe wird vornehmen können. Es entspricht daher der Praxis, wenn der Gesetzgeber sich mit dem theoretisch möglichen Fall nicht befaßt hat

Auch tatsächlich erachtet das Versicherungsamt die Einordnung des Weiterversicherten in die 15. Lohnstufe als berechtigt. Die 12. Lohnstufe ist für Personen mit einem Arbeitsverdienst, also Einkommen von über 1000 M. bis 1125 M. monatlich bestimmt. Der Beschwerdeführer verdient monatlich etwa 4000 M. Der Beitrag des Pflichtversicherten der Lohnstufe 12 beträgt 9 v. H. seines Verdienstes und wenn man berücksichtigt, daß er zwei Drittel zu tragen hat, 6 v. H. des Verdienstes. Entsprechend müßten daher eigentlich Versicherte mit einem Monatseinkommen von 4000 M. 240 M. monatlich entrichten. Der Wochenbeitrag der 15. Lohnstufe beträgt 32,40 M., also monatlich etwa 140 M. oder 3½ v. H. seines Verdienstes. Er steht also keinesfalls in einem erheblichen Mißverhältnis zu dem Einkommen des Beschwerdeführers, und mit Rücksicht auf die hohen Kosten der Krankenpflege ist die Überweisung des Beschwerdeführers in die 15. Lohnstufe berechtigt. .

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Wiederaufnahme der Erwerbslosenfürsorge nach § 9 der Verordnung.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** v. 2. Juni 1922 (RArbBl. S. 291).

In den Fällen, in denen die Erwerbslosenfürsorge eingestellt worden ist, weil sie die zulässige Dauer erreicht hat, ist die Unterstützung mit Ablauf von weiteren 26 Wochen wieder zu gewähren, sofern die allgemeinen Voraussetzungen der Fürsorge vorliegen (§ 9a Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 2). Diese Bestimmung gewinnt erhöhte Bedeutung, seit die Lage des Arbeitsmarktes gestattet hat, die zeitliche Beschränkung der Fürsorge allgemein durchzuführen. Für ihre Anwendung ist das Folgende zu beachten: Zwar verlangt die Verordnung nicht ausdrücklich, daß der Erwerbslose, der die Fürsorge wieder in Anspruch nimmt, in der Zwischenzeit ständig gearbeitet hat. Die Fürsorgeträger werden aber, ehe sie die Unterstützung wieder gewähren, sorgsam zu prüfen haben, ob und wie lange der Erwerbslose in den 26 unterstützungsfreien Wochen Arbeit geleistet hat. Hat er nicht oder nur mit Unterbrechungen gearbeitet, so muß der Fürsorgeträger die Gründe feststellen, aus denen dies geschehen ist. Ein Erwerbsloser, der bei der Lage des Arbeitsmarktes, wie sie seit dem Herbste besteht, in dem größeren Teil der 26 Wochen nicht gearbeitet hat, wird in aller Regel nicht die Arbeitsfähigkeit oder nicht die Arbeitswilligkeit besitzen, die gegeben sein müssen, damit die Erwerbslosenfürsorge wieder für ihn eintreten kann. Ihm wird also in der Regel die Unterstützung versagt werden müssen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Berichtigung

der im Heft 16 S. 250 abgedruckten Entscheidung des Versicherungsamts Frankfurt a. M.: In Spalte 2 oben Zeile 4 muß es statt Berufsgenossenschaft „K r a n k e n k a s s e“ heißen; und weiter unten muß der gesperrt gedruckte Satz lauten: „Der Ersatzanspruch g e g e n die beklagte Berufsgenossenschaft usw.“ — Es handelt sich nicht um Druckfehler, sondern um Fehler in dem uns zugegangenen Text der Entscheidung.

Betriebskrankenkassentag.

Der Betriebskrankenkassenverband (Sitz Essen) vereinigte am 14. und 15. d. M. seine Vertreter in **Kassel** zu einer eindrucksvollen Tagung unter dem Vorsitz von Justizrat W a n d e l, Direktor bei der Firma Krupp. Nach dem von dem Vorsitzenden erstatteten Bericht umfaßt der Verband 3800 Krankenkassen mit mehr als 3,7 Millionen Versicherten. Es wurde gezeigt, daß die Betriebskrankenkassen trotz verhältnismäßig geringerer Beiträge höhere Leistungen gäben als die anderen Kassenarten, auch als die Ortskrankenkassen. Die Grundlagen der bestehenden Reichsversicherung hätten sich durchaus bewährt und müßten beibehalten werden. Insbesondere dürfte das Versicherungs- nicht durch das Versorgungsprinzip ersetzt werden, weil dies einen Rückschritt bedeute. Durch Pflichtverbände der Krankenkassen würde die Verantwortlichkeit und das Bestreben, die Leistungen bei den einzelnen Kassen auszubauen, gefährdet. Die Arbeitsgemeinschaften von Reichsversicherungsträgern verdienten besondere Förderung. Die Apotheker suchten neuerdings die Krankenkassen in den Verhältnissen ihres Arzneibezugs zu beschränken. In einem Vor-

trage wurde die Entwicklung der Betriebskrankenkasse der Staatlichen Porzellanmanufaktur, Berlin, gezeigt, die von Friedrich dem Großen gegründet worden ist. Sehr eingehend war ein Vortrag über das Verhältnis der Krankenkassen zu den Ärzten. Die Teuerung habe dazu geführt, daß die Unterschiede zwischen der Privat- und der Kassenpraxis der Ärzte zuungunsten der letzteren immer mehr in die Erscheinung treten. Dieser Tatsache müsse der Gesetzgeber dadurch Rechnung tragen, daß er die Krankenkassen ermächtige, in größerem Umfange als bisher die ärztliche Behandlung durch eine Barleistung abzugelten. Ein weiterer Vortrag hatte die Beteiligung der Krankenkassen an dem Kampfe gegen die Tuberkulose zum Gegenstande. Es wurde gezeigt, daß die Betriebskrankenkassen in diesem Kampfe eine besondere Hilfe bedeuten.

Zusammenwirken der Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz.

Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger.

Hierüber entnehmen wir dem Geschäftsberichte des Reichsversicherungsamts für das Jahr 1921 (der als Heft 3 der Amtl. Nachr. unter dem Datum v. 31. 3. 22 erschienen, aber erst in der ersten Junihälfte ausgegeben worden ist) folgendes:

Der Hauptausschuß für das Zusammenwirken der Berufsgenossenchaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiete der ersten Hilfe konnte auch im vergangenen Jahre noch nicht neu gebildet werden. Das Reichsversicherungsamt, das die laufenden Geschäfte des Hauptausschusses nach wie vor führt, hat im Einvernehmen mit dem Verbande der Deutschen Berufsgenossenschaften und dem Deutschen Roten Kreuze sein Hauptaugenmerk darauf gerichtet, daß die praktische Arbeit durch die Erörterung organisatorischer Änderungen nicht aufgehalten wird, und die Betriebshelferausbildung auf der alten Grundlage möglichst bald in allen Teilen Deutschlands, wo eine Organisation dafür noch nicht besteht oder die schon bestehende Organisation inzwischen ihre Tätigkeit eingestellt hatte, in Gang kommt. Deshalb ist vorläufig auch davon abgesehen worden, das „Zusammenwirken" durch Einbeziehung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften auf eine breitere Grundlage zu stellen. Neue Landes-(Provinzial-)Ausschüsse haben sich gebildet für die Stadt Bremen nebst Landgebiet, den Freistaat Braunschweig und den Freistaat Oldenburg. Die Bildung eines Provinzialausschusses für die Provinz Sachsen ist eingeleitet. Der Ausschuß Berlin-Brandenburg, der schon vor dem Kriege bestand, hat sich in anderer Form unter besonderer Mitwirkung der Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen für Groß-Berlin und Provinz Brandenburg, die künftig auch die laufenden Geschäfte des Ausschusses führen wird, neu gebildet. Es ist zu hoffen, daß sich die Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen oder, wo solche fehlen, die bedeutendsten berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen am Sitze in der Provinzial-(Landes-) Hauptstadt im Einvernehmen mit den Provinzial-(Landes-)Vereinen vom Roten Kreuz für die Bildung neuer Ausschüsse einsetzen werden. Der Provinzialausschuß Schlesien hat neben den Lehrgängen für Arbeitnehmer besondere Lehrgänge für technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaften auf dem Gebiete der ersten Hilfe eingerichtet.

Die erfreulichen Ergebnisse planvoller Gemeinschaftsarbeit in den freien Vereinigungen berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen haben dazu geführt, daß im Berichtsjahre begründet wurden eine Vereinigung für die in Hessen-Nauau ansässigen oder besonders interessierten berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen, ihre Geschäftsführung hat die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft in Frankfurt a. M. übernommen, die Sächsische Vereinigung von Reichsunfallversicherungsträgern in Dresden und die Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen für Ostpreußen und Pommern mit dem Sitze in Danzig.

Der Gedanke des Zusammenschlusses sämtlicher Träger der Unfall-, der Kranken- und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung je eines Bezirkes einer Landesversicherungsanstalt zu Arbeitsgemeinschaften hat ebenfalls Fortschritte gemacht. Zu den im Jahre 1920 entstandenen fünf Arbeitsgemeinschaften in der Rheinprovinz, in Groß-Berlin, Westfalen, Hessen-Nassau und Baden sind im Berichtsjahre sieben weitere Arbeitsgemeinschaften hinzugetreten. Gegründet wurde eine solche in Schlesien am 14. Dezember 1920, in Brandenburg am 17. Januar 1921, in Hannover am 4. April 1921, im Freistaat Sachsen am 26. September 1921, in Württemberg am 8. Oktober 1921, in Oldenburg am 25. Oktober 1921 und im Mecklenburg am 26. Oktober 1921. Hiernach bestanden am Schlusse des Jahres 1921 zwölf Arbeitsgemeinschaften. In Hessen ist vorläufig eine lose Vereinigung gebildet, die nach Bedarf von Fall zu Fall zusammentritt. An der Gründungsversammlung der württembergischen Arbeitsgemeinschaft nahm der Präsident des Amtes teil. Besonders die Fragen der Seuchenbekämpfung und der allgemeinen Wohlfahrtspflege bieten den Arbeitsgemeinschaften reiche Gelegenheit zur Betätigung. In der Rheinprovinz ist im Berichtsjahre neben der Arbeitsgemeinschaft der Reichsversicherungsträger bei dem Oberpräsidium eine Arbeitsgemeinschaft der Bezirkswohlfahrtsämter entstanden, und beide haben als letzten Abschluß zu gemeinsamer Bearbeitung einzelner Fragen eine Interessengemeinschaft gebildet. Mit beratender Stimme sollen dazu auch die Ärztekammer, die Hauptversorgungsämter und die Hauptfürsorgestelle für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene herangezogen werden. Andere Arbeitsgemeinschaften von Reichsversicherungsträgern sind bestrebt, die Träger der Wohlfahrtspflege, die Ärzte und die Versorgungsbehörden unmittelbar in die Gemeinschaft aufzunehmen.

Fach-Fernunterricht für Krankenkassen-Angestellte.

Einen solchen Unterricht veranstaltet der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen (Geschäftsstelle Perleberg). Der Fach-Fernunterricht bezweckt: eine allgemeine fachliche Fortbildung in der Sozialversicherung und im Bureaudienst und eine gleichmäßige Vorbereitung auf die abzulegenden Anstellungs- und Beförderungsprüfungen. Es werden monatlich zwei Unterrichtsbriefe herausgegeben, welche einen Vortrag mit Zusammenfassung des Stoffes, eine Besprechung des Lehrstoffes, einen Fragebogen und Aufgaben für Aufsatzthemen oder für Lösung praktischer Arbeiten auf dem behandelten Gebiet enthalten, auch Wiederholungsfragen werden gestellt. Sowohl das materielle Recht als das Verfahren und die praktische Durchführung sind Lehrstoff. Die Unterrichtsbriefe Nr. 1—24 werden allgemeine Abhandlungen über die deutsche Sozialversicherung enthalten, den Bureau- und Kassendienst betreffen und grundlegende Kenntnisse über die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, das Reichsversorgungsgesetz, die Wohlfahrtspflege und den Behördenaufbau vermitteln, auch die Reichs- und Staatsverfassung behandeln.

Danach erscheinen Ergänzungsbriefe zu den einzelnen Abschnitten der Krankenversicherung, der übrigen Versicherungszweige und den sonst für die Fachprüfungen, insbesondere den Beförderungsprüfungen, benötigten Stoffen in einem Aufbau, der die Erweiterung der allgemeinen Kenntnisse aus den ersten Unterrichtsbriefen ermöglicht. Jeder Unterrichtsbrief gibt den Inhalt des folgenden zur Information bekannt. Der Teilnehmer hat jeden Unterrichtsbrief gründlich durchzuarbeiten, den Fragebogen auszufüllen, eine der gestellten praktischen Aufgaben oder ein Aufsatzthema zu lösen. Diese Arbeiten kommen an die Unterrichtsleitung mit Rückporto zur Korrektur und werden mit dem nächsten Unterrichtsbrief wieder zugesandt. Erfolgt keine Lösung der Aufgaben, so wird nach einer Nachfrist von 8 Tagen der nächste Unterrichtsbrief zur Absendung gebracht. Bleiben die Aufgaben von drei Unterrichtsbriefen ungelöst, so kann Ausschluß des Teilnehmers vom weiteren Unterricht unter Verfall der Anmeldegebühr erfolgen. Die Anmeldung zur Teilnahme ist an den oben bezeichneten Verband zu richten. Sie soll gleichzeitig Angaben enthalten über Alter, Vorbildung und Wünsche des Teilnehmers. Jeder Teilnehmer hat mit der Anmeldung eine Gebühr von 20 M. zu entrichten. Ferner sind im voraus monatlich 10 M. zu entrichten oder es ist je für den folgenden Unterrichtsbrief eine Gebühr von 5 M. (neben den Portokosten) den eingesandten Korrekturarbeiten beizufügen. Probebriefe werden gegen Einsendung von 5 M. (ausschl. Portokosten) abgegeben.

Ob ein so gestalteter „Fernunterricht" eine hinreichende Fortbildung und zweckmäßige Vorbereitung für die Prüfungen zu vermitteln geeignet ist, darüber glauben wir — auch nach Kenntnisnahme von den uns vorliegenden Probebriefen — uns eines Urteils vorerst enthalten zu sollen.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

D r i n g e n d e B i t t e !

Auch in diesem Sommer haben die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während der nächsten Wochen nur unumgänglich nötige Fragen an den Briefkasten zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Der Nachtwächter als selbständiger Unternehmer.

1. **Nach Weißensee.** Antwort: Es ist ein schnurriger Einfall der Firma F. und des Herrn D., in dem Vertrage zu sagen, daß D. „als selbständiger Unternehmer", unter Anmeldung seines Gewerbes, die Bewachung des Fabrikgrundstücks der Firma übernimmt, obgleich D. keinerlei „Gewerbe" betreibt und, wie sich aus dem Inhalt des Vertrages mit aller Deutlichkeit ergibt, die übernommene Tätigkeit lediglich nach den im Vertrage genau und streng bestimmten Weisungen der Firma, als seiner Arbeitgeberin, auszuführen hat, wofür er einen Monatslohn von 1600 M. bezieht. So unschlau wie im vorliegenden Vertrage, wird die Versicherungspflicht eines Nachtwächters nur selten zu umgehen versucht.

Bezahlung von Sonderleistungen neben dem Pflegesatz bei Krankenhauspflege.

2. **Nach Halle a. S.** Antwort: Wenn nach § 205 b Ziff. 1 RVO. die Satzung für Familienangehörige der Versicherten „Krankenpflege" zubilligen kann, so wird dadurch die Gewährung von Krankenhauspflege nicht ausgeschlossen (zu vgl. Anm. 2a zu § 205 bei Hahn, Handb. der KrVers.). Da es sich um eine Mehrleistung handelt (§ 279 RVO.), kann die Kasse diese auch dem Umfange nach beschränken. Es ist daher eine gültige Bestimmung, wenn Ihre Satzung zu den Kosten der Krankenhauspflege für Frauen und Kinder der Versicherten nur einen Zuschuß in Höhe des halben täglichen Pflegegeldes der III. Klasse zubilligt. Die Kasse ist also nicht verpflichtet, darüber hinaus irgendwelche Sonderleistungen, die die Krankenhausverwaltung nach dem Vertrage mit der Kasse besonders berechnen darf, zu bezahlen. Das gilt aber nur im Verhältnis der Kasse zum Versicherten. Anders liegt die Sache, wenn etwa die Kasse selbst einen Familienangehörigen des Versicherten dem Krankenhause überwiesen hat. Dann ist für die Zahlungspflicht der Kasse gegenüber der Krankenhausverwaltung lediglich der Vertrag maßgebend, so daß die Kasse den vollen Pflegesatz und außerdem die im Vertrage bezeichneten und tatsächlich gewährten Sonderleistungen zu bezahlen hat. Daß der Vertrag nur von „Mitgliedern", nicht besonders auch von deren Familienangehörigen spricht, ist unerheblich, da auch die den Angehörigen gewährte Krankenpflege als eine Leistung an das versicherte Kassenmitglied gilt (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1918 S. 550).

Zulässigkeit geringerer Bemessung des Stillgeldes für die erweiterte Bezugsdauer.

3. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Die Erweiterung der Bezugsdauer für Wochengeld auf 13 und für Stillgeld auf 26 Wochen (§ 195 b Abs. 1 RVO.) ist eine durch die Satzung bestimmte Mehrleistung, die „nur soweit zulässig" ist, wie das Gesetz vorsieht (§ 179 Abs. 3 RVO.). Das bedeutet, daß die Satzung bei Bestimmung der Mehrleistung, ebenso wie bei der im Abs. 2 des § 195 b Abs. 2 zugelassenen Höherbemessung des Wochengeldes, nicht über die Grenzen hinausgehen darf, während ander-

seits aus dem freien Ermessen der Kasse, die Mehrleistung überhaupt einzuführen oder nicht einzuführen, als selbstverständlich folgt, daß die Kasse, **wenn** sie die Mehrleistung einführt, keinesfalls gezwungen ist, **bis an die dafür vom Gesetz bestimmte Grenzen** zu gehen. Wie durch die Satzung bestimmt werden könnte, daß das Stillgeld für mehr als 12, aber für weniger als 26 Wochen, also etwa für 15 oder 20 Wochen gewährt wird, so besteht nicht das geringste Bedenken dagegen, daß die Satzung das Stillgeld für die Dauer der Erweiterung über 12 Wochen hinaus auf einen geringeren Betrag als den des halben Krankengeldes festsetzt. Die abweichende Ansicht von **Jaeger** in seinem Kommentar Anm. 5 zu § 195 b halten wir für unbegründet.

a) **Unterbrechung der Wartezeit für Mehrleistungen (§§ 208, 209 RVO.).** b) **Beweiserhebung von Amts wegen.** c) **Beitragsfreiheit nach § 383 RVO. trotz Ablehnung der Krankenhauspflege.**

4. **Nach Schl.** Antwort: a) Die Vorschrift im § 33 Ihrer Satzung, wonach die Gewährung der Familienhilfe voraussetzt, daß bei der Erkrankung von Familienangehörigen eine Mitgliedschaft von acht Wochen bestanden haben muß, bedeutet die Einführung einer Wartezeit im Sinne des § 208 RVO. Diese Wartezeit kann nach ausdrücklicher Vorschrift des § 209 RVO. durch Ausscheiden aus der Mitgliedschaft auf die Dauer von höchstens 26 Wochen unterbrochen werden. Da im vorliegenden Falle die Dauer der Unterbrechung eine geringere war, ist die Mitgliedzeit vom 21. 10. bis 23. 12. 21 und vom 9. 1. bis 13. 5. 22 zusammenzurechnen. Die Wartezeit von acht Wochen war also erfüllt, als am 1. 2. 22 die Frau des Versicherten erkrankte. Durch das Ausscheiden des Versicherten am 23. 12. 21 wäre nur ein etwa **damals** bestehender Anspruch auf Familienhilfe, der Satzung gemäß, erloschen. Zur Zeit der am 1. 2. 22 eingetretenen Erkrankung war die Mitgliedschaft wieder begründet, und es ist daher kein Grund vorhanden, die Familienhilfe zu versagen.

b) Die Wartezeit für Mehrleistungen, also auch für die Familienhilfe, gilt nach § 208 Satz 2 RVO. nicht für Mitglieder, die binnen der letzten zwölf Monate bereits für mindestens sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer anderen Krankenkasse gehabt haben. Ob diese Voraussetzung vorliegt, muß die Kasse prüfen. Dem Versicherten liegt eine eigentliche Beweispflicht nicht ob. Denn das Verfahren auf dem Gebiete der RVO. wird durchweg von dem Grundsatz beherrscht, daß von Amts wegen das Sachverhältnis zu klären und der erforderliche Beweis zu erheben ist (zu vgl. Entsch. des RVA. 1765, Amtl. Nachr. 1913 S. 740, Arb.Vers. 1914 S. 191). Die Kasse wird also, wenn Zweifel besteht, die erforderliche Erkundigung bei der Betriebskrankenkasse, der der Versicherte vorher angehört hatte, einziehen müssen.

c) Bei Arbeitsunfähigkeit sind nach § 383 Abs. 1 RVO. „für die Dauer der Krankenhilfe" keine Beiträge zu entrichten, d. h. solange nach Gesetz oder Satzung ein Anspruch auf Krankenhilfe besteht. Ob dieser an sich begründete Anspruch aus besonderen Gründen zeitweilig ruht, ist gleichgültig; so namentlich auch in dem Falle, daß der Versicherte grundlos die Krankenhauspflege ablehnt. Denn hierdurch erledigt sich nicht der Anspruch an sich, sondern die Leistungspflicht der Kasse ruht nur deshalb, weil dem Versicherten die Leistung (Krankenhauspflege) nicht aufgedrungen werden kann. Die Fortdauer der Mitgliedschaft nach § 311 und die Beitragsfreiheit aus § 383 RVO. werden dadurch nicht berührt (zu vgl. Entsch. des sächs. OVG. in Arb.Vers. 1903 S. 708).

Neuer Versicherungsfall oder Fortdauer des früheren bei einem Anspruch auf Familienhilfe?

5. **Nach Gütersloh.** Antwort: Sie geben an, daß nach Ihrer Satzung „mit der Vollendung der gesetzlichen Schulpflicht die Leistungspflicht für die Kasse entfällt". So lautet aber die in Betracht kommende Bestimmung durchaus nicht. Es heißt: „Die Kasse gewährt 1. Krankenpflege . . . höchstens jedoch für 26 Wochen an . . . Kinder unter 14 Jahren bzw. bis zur Vollendung der gesetzlichen Schulpflicht." Das klingt anders. Diese Fassung beschränkt die Dauer der Unterstützung freilich auf 26 Wochen. Hingegen beschränkt sie sie nicht auf die Zeit bis zum 14. Lebensjahr bzw. bis zur Vollendung der gesetzlichen Schulpflicht. Vielmehr geben die Worte „unter 14 Jahren bzw. bis zur Vollendung der gesetzlichen Schulpflicht" offenbar die Voraussetzungen an, unter denen Kinder Krankenpflege erhalten, und diese Voraussetzungen müssen zur Zeit der Erkrankung bestehen. Das genügt aber auch. Der spätere Fortfall der Voraussetzungen bringt den bereits entstandenen Anspruch nicht zum Erlöschen. Insoweit ist also die Forderung des Versicherten berechtigt.

Der erste Krankheitsfall endete, sobald weder Arbeitsunfähigkeit noch die Notwendigkeit von Krankenpflege mehr vorlagen; dann bestand auf Grund der ersten Erkrankung keine Leistungspflicht der Kasse mehr. Lag dieser Fall vor, so brauchte die Kasse wegen des erneuten Beinbruchs nicht abermals Krankenpflege zu gewähren, da ja die eine Voraussetzung, nämlich das schulpflichtige Alter, nicht mehr erfüllt war. Anders jedoch, wenn der erste Krankheitsfall, wie es nach Ihren Angaben scheint, noch nicht behoben war. Das Bein war noch nicht ausgeheilt, erforderte also wahrscheinlich noch ärztliche Behandlung oder die Anwendung von Heilmitteln, z. B. Benutzung eines Verbandes, oder es bestand vielleicht sogar noch Arbeitsunfähigkeit. In diesen Fällen dauerte der alte Krankheitsfall an, und die Kasse mußte die Krankenpflege weiter gewähren. Dann stellte aber der zweite Beinbruch keinen neuen Versicherungsfall dar, und die Kasse muß die durch ihn erforderlich gewordene weitere Krankenpflege gleichfalls gewähren, jedoch im ganzen nicht über 26 Wochen vom Beginn der ersten Erkrankung hinaus. (Vgl. **Hahn**, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2 zu § 182 RVO.) Sollte nach dem Gesagten ein weiterer Anspruch nicht bestehen, so darf die Kasse auch nicht „ausnahmsweise", also aus Billigkeitsgründen, über ihre Leistungspflicht hinaus Unterstützung gewähren. Es ist aber unbedenklich, da, wo der Tatbestand sich nicht genau feststellen läßt und eine für den Kranken günstigere Auffassung eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich hat, im Sinne dieser Wahrscheinlichkeit zu entscheiden.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1359 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. Juli 1922 | Heft 21

Anwendung des § 397 Abs. 1 RVO., wenn Recht und Pflichten des Abzumeldenden nach § 517 RVO. ruhen.

Von Gustav Wasewitz, Bürovorsteher der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin.

In der Auskunft Nr. 5 der ArbVers. 1922, S. 176 beantwortet die Schriftleitung eine Anfrage wegen der Melde- und Beitragspflicht der Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern dahin, daß der Arbeitgeber, auch wenn er gemäß § 11 des Gesetzes vom 28. Juni 1919 (ArbVers. S. 413) volle Beitragsteile an die Ersatzkasse abzuführen hat, doch zur vorschriftsmäßigen An- und Abmeldung bei der Zwangskasse verpflichtet bleibt. Daraus folge aber nicht, daß bei Verletzung der Abmeldepflicht auch § 397 Abs. I RVO. anwendbar sei. Denn diese Vorschrift besage, daß die Beiträge „fortzuzahlen" seien. Sie setze also eine bisher bestehende Verpflichtung zur Zahlung an die Zwangskasse voraus, was aber nicht zutreffen würde, wenn der Arbeitgeber Beitragsteile bisher nur *an die Ersatzkasse* abzuführen hatte. Diese Auslegung des § 397 Abs. I erscheint auf den ersten Blick überzeugend: Wer nicht zahlt, kann nicht zur *Fortzahlung* verpflichtet werden. Und doch nötigt sie zu einer näheren Untersuchung.

Nach der Vorschrift des § 165,1 RVO. unterliegen die darin bezeichneten Personen der Krankenversicherungspflicht. Sie gehören demzufolge kraft Gesetzes vom Beginn bis zur Beendigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses der für den Betrieb ihres Arbeitgebers zuständigen Zwangskasse an (§§ 306, 225). Zur ordnungsmäßigen Feststellung der Mitgliedschaften, Beiträge und Unterstützungsansprüche ist es notwendig, daß die Krankenkassen *rechtzeitig* von dem Beginn und dem Ende der Beschäftigungsverhältnisse sowie von der Art und Höhe der Entlohnung des Versicherungspflichtigen Kenntnis erhalten. Deshalb schreibt die Reichsversicherungsordnung durch die §§ 317, 318 vor, daß die Arbeitgeber *jeden* von ihnen Beschäftigten, der zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse verpflichtet ist, bei der durch die Satzung vorgeschriebenen Stelle binnen 3 Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung an- und abzumelden haben. Änderungen der Beschäftigungsverhältnisse, welche die Versicherungspflicht berühren, sollen sie gleichfalls innerhalb dreier Tage anzeigen. In den Meldungen sind auch die Angaben zu machen, die durch die Satzung der Zwangskasse zur Berechnung der Beiträge gefordert werden.

Diese Vorschriften über die Erstattung der *Meldungen* sind zwingender Natur; sie verpflichten den Arbeitgeber zur Meldung *jedes* Versicherungspflichtigen, bleiben also auch dann in voller Wirkung, wenn der Beschäftigte Mitglied einer mit dem Vorrecht des § 518 RVO. ausgestatteten Ersatzkasse ist. Denn das Ersatzkassenmitglied bleibt auch dann nach wie vor versicherungspflichtiges Mitglied der maßgebenden Zwangskasse, wenn auf seinen Antrag gemäß § 517 die

eigenen Rechte und Pflichten ruhen (vgl. Entsch. des RVA. vom 13. 5. 21 Amtl. Nachr. 1921 S. 379, ArbVers. 1921 S. 689).

Wie verhält es sich nun mit der Beitragspflicht von Arbeitgebern, die Ersatzkassenmitglieder beschäftigen? Die Mittel für die Krankenversicherung sind von den Arbeitgebern und den Versicherten aufzubringen. Versicherungspflichtige haben zwei Drittel, ihre Arbeitgeber ein Drittel der Beiträge zu zahlen (§§ 380, 381). Die Zahlung der Beiträge für die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer liegt jedoch (mit Ausnahme der Fälle des § 398) den Arbeitgebern ob, die sie an dem Tage zu entrichten haben, welchen die Satzung der Zwangskasse festsetzt (§ 393). Diese Beitragspflicht des Arbeitgebers beginnt mit dem Eintritt des Arbeitnehmers in die versicherungspflichtige Beschäftigung (§ 306) und endet erst mit der Erstattung der Abmeldung, weil nach der Vorschrift des § 397 Abs. I die Beiträge „bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen" sind. Eine Bestimmung, daß Arbeitgeber, die Ersatzkassenmitglieder beschäftigen, von der Beitragspflicht gegenüber der Zwangskrankenkasse befreit sind, besteht nicht. Sie kann auch nicht bestehen, weil ja auch das mit den Rechten des § 518 ausgestattete Ersatzkassenmitglied, wie schon die angeführte Entscheidung des RVA. vom 13. 5. 21 ausdrücklich festgestellt hat, in jedem Falle versicherungspflichtiges Mitglied der zuständigen Zwangskasse bleibt.

Für Versicherungspflichtige, die keiner Ersatzkasse angehören oder aber von dem § 517 keinen Gebrauch gemacht haben, ist die Rechtslage klar; die Arbeitgeber haben für sie die vollen satzungsgemäßen Beiträge vom Beginn des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses bis zur Erstattung der vorschriftsmäßigen Abmeldung an die maßgebende Zwangskasse zu entrichten. Hat dagegen ein versicherungspflichtiges Ersatzkassenmitglied von dem Recht des § 517 Gebrauch gemacht, dann fällt für die Dauer des Ruhens der Rechte und Pflichten des Ersatzkassenmitgliedes der gesetzliche Arbeitnehmerbeitrag fort, während der Arbeitgeber seinen eigenen Beitragsteil an die Zwangskasse weiterhin zu zahlen hat (§ 517 Abs. 2). Die Beitragszahlung ändert sich abermals, wenn der Versicherungspflichtige einer Ersatzkasse im Sinne des § 518 angehört. In diesem Falle hat die Ersatzkasse für die Dauer des Ruhens der Rechte und Pflichten Anspruch auf den vollen Beitragsteil des Arbeitgebers, der, statt an die Zwangskasse, nunmehr unmittelbar an die Ersatzkasse zu zahlen ist (§ 13 des Gesetzes vom 29. 6. 19). Damit ändert sich nicht nur die Zahlungssumme, sondern auch der Zahlungsort. Die Beitragspflicht ist bei einer anderen Stelle zu erfüllen.

In einer Entscheidung vom 3. Juli 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 685) hat sich das Reichsversicherungsamt mit der Frage beschäftigt, welche Beiträge Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern, deren Rechte und Pflichten ruhen, bei verspäteter Abmeldung auf Grund des § 397 Abs. I zu zahlen haben. Das RVA. will unter den Beiträgen, die bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung „fortzuzahlen" sind, mangels einer anderen gesetzlichen Vorschrift nur die Beiträge verstehen, die in der letzten Zeit des Beschäftigungsverhältnisses zu zahlen waren. Demgemäß sollen Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern nur denjenigen Beitrag fortzuzahlen haben, den sie bisher gezahlt hatten, also nur den Arbeitgeberanteil. Begründend wird in dieser Entscheidung dazu ausgeführt, daß der eigentliche Rechtsgrund für die Beitragsleistungen mit dem Aufhören des Versicherungsverhältnisses endet. Die darüber hinaus nach § 397 Abs. I zu entrichtenden Beiträge sollen nur dem Schutze der Kasse und der Erzwingung rechtzeitiger Abmeldungen dienen. Dieser Zweck wäre schon erfüllt, wenn die Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern den bisher gezahlten eigenen Beitragsteil bis zur Abmeldung fortzuzahlen haben.

Diese Entscheidung ist doch recht anfechtbar. Folgerichtig angewandt, führt sie tatsächlich zu dem Ergebnis und damit zu dem Gedankengang der eingangs erwähnten Auskunft der Schriftleitung, daß im Falle des

§ 518 überhaupt keine Beiträge aus § 397 Abs. I zu entrichten sind. Denn wenn unter den fortzuzahlenden Beiträgen nur solche verstanden werden sollen, „die in der letzten Zeit des Beschäftigungsverhältnisses zu entrichten waren“, dann hat der Arbeitgeber, der an die Zwangskasse überhaupt keine Zahlungen leistete, auch keine Beiträge fortzuzahlen. Fehlt aber die Zahlungspflicht, dann kann diese auch nicht als Zwangsmittel angewendet werden, ein Ergebnis, das im Widerspruch steht mit dem Willen des Gesetzgebers, der Literatur, der ständigen Rechtsprechung des R. V. A. und außerdem auch noch mit der ausdrücklichen Feststellung der Entscheidung, daß durch den Beitragszwang des § 397 die rechtzeitige Abmeldung herbeigeführt werden soll. Die konsequente Durchführung dieser Entscheidung hätte überdies noch die weitere Folge, daß bei Unterlassung der rechtzeitigen Abmeldung Arbeitgeber, die keine Ersatzkassenmitglieder beschäftigen, die vollen Beiträge, Arbeitgeber, die Ersatzkassenmitglieder im Sinne des § 517 Abs. II versicherten, nur den Arbeitgeberbeitrag und Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern im Sinne des § 518 überhaupt keine Beiträge an die Zwangskasse zu zahlen haben. Bei einer erst drei Monate nach Beschäftigungsende bewirkten Abmeldung und dem gleichen Vergehen hätten dann beispielsweise die ersteren Arbeitgeber rund 300 M., die nächstfolgenden 100 M. und die letztbezeichneten gar keine Beiträge aus § 397 Abs. I an die Zwangskasse fortzuzahlen. Ein derartig ungerechtes, in seiner Wirkung nicht von der Art und dem Grade des Vergehens, sondern von reinen Zufällen abhängendes Zwangsmittel hat der Gesetzgeber unter keinen Umständen schaffen wollen.

Wenn der § 397 Abs. I von einem „Fortzahlen“ der Beiträge spricht, dann ist unter diesem Wortbegriff unmöglich eine Fortsetzung bisher geleisteter Zahlungen zu verstehen. Die ebenerwähnten drei Fälle zeigen schon das Ergebnis einer rein wörtlichen Auslegung. Ebenso könnten Arbeitgeber, die die Anmeldung ihrer versicherungspflichtig Beschäftigten unterließen und infolgedessen für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses auch keine Beiträge entrichtet hatten, dann ebenfalls nicht zur Fortzahlung bis zur Erstattung der Abmeldung verpflichtet werden. Wer nicht zahlt, hat auch nicht fortzuzahlen. Und doch hat das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung vom 23. Juni 1917 (Amtl. Nachr. 1917, S. 552) bereits grundsätzlich festgestellt, daß auch im Falle der unterlassenen Anmeldung die Beiträge nicht nur für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, sondern darüber hinaus bis zur Abmeldung zu leisten sind (vgl. auch H a h n, Anm. 1 sowie H o f f m a n n, Anm. 4 zu § 397). Außerdem zahlt der Arbeitgeber in den meisten Fällen infolge Kürzung des Versichertenanteils vom Arbeitslohn stets nur seinen Arbeitgeberbeitrag an die Kasse. Bei eingeengter Auslegung des § 397 Abs. I könnte er demzufolge auch stets nur zur Fortzahlung seines Anteils, niemals aber zur Fortzahlung des Gesamtbeitrages verpflichtet werden. Aber auch das hat das RVA. bereits in der Entscheidung vom 20. März 1915 (Amtl. Nachr. 1915, S. 591) als unzutreffend bezeichnet und ausdrücklich betont, daß der Arbeitgeber, der die Abmeldung versäumte, die Beiträge in voller Höhe allein zu tragen hat. Die rein wörtliche Anwendung des Begriffs „Fortzahlen der Beiträge“ führt also zu keinem befriedigenden Ergebnis, wenn darunter die vom Arbeitgeber zuletzt zu zahlenden Beiträge verstanden werden. Zur Klärung der Anwendbarkeit des § 397 Abs. I muß daher von anderen Voraussetzungen ausgegangen werden.

Durch die angeführte Entscheidung des RVA. vom 13. Mai 1921 ist bereits klargestellt, daß das Ersatzkassenmitglied trotz des Ruhens seiner Rechte und Pflichten nach wie vor versicherungspflichtiges Mitglied seiner Zwangskasse bleibt, und daß auch der Arbeitgeber für ein solches Ersatzkassenmitglied unveränderte Meldepflichten hat. Mit der Zwangsmitgliedschaft ist aber nicht nur die Melde-, sondern auch die Beitragspflicht des Arbeitgebers unlösbar verbunden. Diese Beitragspflicht des Arbeitgebers beginnt mit

der Beschäftigung eines versicherungspflichtigen Arbeitnehmers. Sie ist grundsätzlich bei der zuständigen Zwangskasse zu erfüllen und besteht in der Zahlung der vollen satzungsgemäßen Beiträge. Nur für die Dauer des Ruhens der Rechte und Pflichten eines Ersatzkassenmitgliedes ist ein Ausnahmezustand dadurch geschaffen worden, daß für diesen Zeitraum der Arbeitnehmer seinen Beitragsteil an die Ersatzkasse und der Arbeitgeber seinen Anteil an die Zwangs- oder die Ersatzkasse entrichtet. Hört das Ruhen der Rechte und Pflichten des Ersatzkassenmitgliedes aber auf (sei es durch Verlust der Mitgliedschaft, Zurücknahme des Antrages, Überschreiten der Verdienstgrenze, Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses), dann tritt automatisch wieder das übliche Verhältnis des Arbeitgebers zur Zwangskasse in Kraft. Er hat also von diesem Zeitpunkt ab wieder die vollen Beiträge an die Zwangskasse zu entrichten und so lange fortzuzahlen, bis die vorschriftsmäßige Abmeldung bewirkt ist. Daraus folgt zwingend, daß jeder Arbeitgeber verpflichtet ist, gemäß § 397 Abs. I RVO. die vollen satzungsgemäßen Beiträge an die Zwangskasse bis zur Erstattung der vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Jede andere Auslegung stößt auf praktische Schwierigkeiten, wirkt ungerecht und vereitelt vor allem den Zweck dieser gesetzlichen Vorschrift, rechtzeitige Abmeldungen zu erzwingen. Daß der Gesetzgeber auch in Zukunft nicht auf dieses Zwangsmittel verzichten will, zeigt die dem Reichstag vorliegende Novelle zur RVO., nach welcher der § 397 Abs. I folgenden Wortlaut erhalten soll: „Die Beiträge sind bei rechtzeitiger Abmeldung bis zum Tage des Ausscheidens aus der Beschäftigung, sonst bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung, längstens aber für die Dauer eines Jahres nach dem Ausscheiden zu zahlen."

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Wieweit hat die Kasse die Kosten einer dringenden Operation in dem vom Versicherten gewählten Krankenhause zu tragen?

Entscheidung a) des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** (Verw.-Bez. Charlottenburg) vom 10. November 1921; b) des **Oberversicherungsamts Berlin**, Spruchkammer IX, vom 20. April 1922.

a)

... Nach § 182 RVO. ist die Beklagte zur Gewährung von Krankenhilfe, d. h. von Krankenpflege und Krankengeld, letzteres im Falle der Arbeitsunfähigkeit, verpflichtet, und nach § 184 RVO. (§ 21 der Satzung) kann sie an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewähren und soll möglichst Krankenhauspflege gewähren, wenn die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist. In der grundsätzlichen Entscheidung vom 12. Oktober 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 478 Nr. 2191) hat das Reichsversicherungsamt überzeugend dargelegt, daß nach der Entstehungsgeschichte des § 184 RVO. ein klagbarer Rechtsanspruch auf Gewährung von Krankenhauspflege dem Versicherten nicht zustehe, und zwar auch dann nicht, wenn ein sogenannter dringender Fall vorliegt. Dieser Rechtsstandpunkt, dem auch das entscheidende Versicherungsamt sich anschließt, wird in Literatur und Rechtsprechung übereinstimmend vertreten und vom erkennenden Versicherungsamt ebenso in ständiger Praxis aufrechterhalten. Nach § 371 RVO. kann die Satzung den Vorstand der Kasse ermächtigen, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und, wo die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen. Ebenso bestimmt § 40 der Satzung der Beklagten. Von diesem Recht hat die Beklagte hier Gebrauch gemacht. Kläger hat aber, ohne sich über die zugelassenen Krankenhäuser zu unterrichten, sich in eine Privatkrankenanstalt begeben und sofort nachher den Aufnahmeschein von der Beklagten erbeten. Wenn auch die sofortige Unterbringung des Klägers in eine Krankenanstalt erforderlich war, so durfte sie doch keinesfalls in eine von der Beklagten nicht zugelassene und mit ihr nicht im Vertragsverhältnis stehende Anstalt erfolgen. Es war vielmehr Sache des Klägers, sich rechtzeitig zu unterrichten, welches Krankenhaus er aufsuchen konnte. Keinesfalls kann aber ein Anerkenntnis der Beklagten zur Übernahme der dem Kläger durch Aufsuchen eines nicht zugelassenen Krankenhauses ent-

standenen Kosten daraus gefolgert werden, daß Beklagte durch Ausstellung des Krankenhausscheines ohne Einrückung einer bestimmten Anstalt und in Kenntnis des Umstandes, daß der Kläger bereits im M.-Sanatorium untergebracht sei, zur Tragung der entstandenen Krankenhauskosten gefolgert werden. Hieraus allein könnte man die Verpflichtung der Beklagten erkennen, dem Kläger jedenfalls die Krankenhauskosten zu erstatten, die ihr entstanden wären, wenn Kläger ein nach den Satzungen der Beklagten zugelassenes Krankenhaus aufgesucht hätte. Diese Kosten hat aber die Beklagte, wie Kläger auch zugibt, freiwillig gezahlt. Sein weiterer Anspruch war deshalb unbegründet und mußte, wie geschehen, abgewiesen werden.

b)

Das Oberversicherungsamt hat sich die zutreffende Rechtsauffassung des Versicherungsamts in allen Punkten zu eigen gemacht. Es steht zwar fest, daß es sich um die Vornahme einer dringlichen Operation bei dem Handlungsgehilfen D. gehandelt hat. Wenn der Genannte sich zu diesem Zwecke in das M.-Sanatorium aufnehmen ließ, so kann die Beklagte nicht für verpflichtet erachtet werden, die hierdurch entstehenden Mehrkosten gegenüber der Behandlung des Klägers in einer mit der Krankenkasse im Vertragsverhältnis stehenden Anstalt zu tragen. Aus dem zu den Akten des Oberversicherungsamts eingereichten Ausweisschein muß nach der Ansicht des Oberversicherungsamts gefolgert werden, daß die Frage, in welche Anstalt der Erkrankte aufgenommen werden sollte, zwischen dem Beauftragten des Kranken und dem Beamten der Krankenkasse erörtert sein muß. Der Ausweis trägt nämlich den Vermerk des Beamten, daß kein Aufnahmeschein zu erteilen sei „für eine zugelassene Klinik", und es ist hieraus zu folgern, daß — wie auch die Beklagte behauptet — das Verlangen nach einem Aufnahmeschein für das M.-Sanatorium ausdrücklich abgelehnt worden ist. Wenn der D. sich gleichwohl in das M.-Sanatorium begab, so mußte er das Risiko der entstehenden Mehrkosten auf sich nehmen. Die Ausführungen in der Berufungsschrift erscheinen diesem klaren Sachverhalt gegenüber unerheblich, wie es insbesondere auch eine unerweisliche Behauptung des Klägers ist, daß ihm oder seinem Beauftragten die Einsichtnahme in das bei der Krankenkasse ausliegende Verzeichnis der zugelassenen Ärzte bzw. Anstalten verweigert worden sei.

Unter den obwaltenden Umständen war die Kasse höchstens verpflichtet, diejenigen Kosten zu erstatten, welche entstanden wären, wenn der Kläger ein nach den Satzungen der Beklagten zugelassenes Krankenhaus aufgesucht hätte.

Maßgebender Grundlohn für das Sterbegeld im Falle des § 202 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 8. Nov. 1921 (2692 Amtl. Nachr. 1922 S. 279).

Die Abgabe an das Reichsversicherungsamt ist nach den §§ 1693, 1695 Nr. 1 RVO. gerechtfertigt. In der Sache selbst war zunächst zu prüfen, ob die Behauptung des Klägers zutrifft, daß die Pflichtmitgliedschaft seines Sohnes bei der Beklagten bis zum Tode fortgedauert habe. Bejahendenfalls käme überhaupt nicht § 202, sondern § 201 RVO. zur Anwendung, der den Anspruch auf Sterbegeld „beim Tode eines Versicherten" regelt, und dem Kläger stände nach den Entsch. 2531, 2640 (Amtl. Nachr. des RVA. 1919 S. 353, 1921 S. 312) ohne weiteres das erhöhte Sterbegeld nach der zur Zeit des Todes maßgebenden Lohnstufe zu. Da die Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 2 a. a. O. voraussetzt, daß der zur Dienstleistung Verpflichtete „beschäftigt" wird, ist für die Frage der Umstand maßgebend, wie lange vorliegend das Beschäftigungsverhältnis angedauert hat. Ist dieses durch Antritt der Arbeit wirksam geworden, so dauert es so lange fort, bis es tatsächlich gelöst ist. Ob die Lösung erfolgt ist, bestimmt sich im Gegensatze zur Frage der Lösung des zivilrechtlichen Dienst-(Lehr-)Verhältnisses nach tatsächlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Das Beschäftigungsverhältnis kann beendet sein, während das Dienstvertragsverhältnis noch weiterläuft. Zum Wesen des Beschäftigungsverhältnisses gehört die Verfügungsmacht des Arbeitgebers über den Beschäftigten (zu vgl. Entsch. 1933, 1969, 2233, Amtl. Nachr. 1914, S. 813, 1915 S. 371, 1916 S. 588). Diese Verfügungsmacht kann nun zwar fortbestehen, auch wenn die Beschäftigung durch Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründen vorübergehend unterbrochen ist, und der Kläger wie der Lehrherr haben bei ihrer Vernehmung durch das Versicherungsamt bekundet, daß sie die Unterbrechung als vorübergehend angesehen und mit der Fortsetzung der Beschäftigung bestimmt gerechnet haben. Deshalb hat auch der Lehrherr die Abmeldung seines Lehrlinges bei der Kasse abgelehnt. Ob und wie lange hiernach ein Fortbestehen der Verfügungsmacht des Arbeitgebers und demgemäß eine Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses während der Krankheit angenommen werden könnte, brauchte aber nicht entschieden zu werden. Denn davon konnte jedenfalls dann nicht mehr die Rede sein, als sich herausstellte, daß der Verlauf der Krankheit die Wiederaufnahme der Tätigkeit dauernd unmöglich machte. Das war geraume Zeit vor dem Eintritt des Todes der Fall. Die Heilverfahrensakten der Landesversicherungsanstalt ergeben, daß nach dem ärztlichen Berichte des Genesungsheims B. bereits am 25. März 1920 Lungentuberkulose im III. Stadium vorlag, die Temperatur seit 8 Wochen über 37 Grad betrug und Abbruch der Kur empfoh-

len wurde, weil ein wirtschaftlicher Erfolg nicht zu erwarten war, und daß am 6. April 1920 der Fall als hoffnungslos bezeichnet worden ist. Eine Überführung in ein Krankenhaus ist nur unterblieben, weil sie bei dem Zustand des Kranken als untunlich erschien. Da hiernach die Beschäftigung schon längere Zeit vor Ablauf der Krankenhilfe tatsächlich geendet hat, ist der Versicherte mit der Aussteuerung aus der Kasse ausgeschieden. Die Annahme des Versicherungsamts, daß er im Hinblick auf § 311 der Reichsversicherungsordnung Mitglied der Kasse geblieben sei, geht fehl. Denn zu den in jener Vorschrift erwähnten, die Kassenmitgliedschaft erhaltenden Leistungen kann nicht das Sterbegeld gehören, das nur dann zu gewähren ist, wenn die Krankheit innerhalb eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe zum Tode führt, auf das also vor diesem Zeitpunkt überhaupt kein Anspruch besteht. Träfe die Annahme des Versicherungsamts zu, so wäre in allen Fällen ein Sterbegeldanspruch nach § 201 RVO. gegeben und § 202 im allgemeinen unnötig. Die letztere Vorschrift verfolgt aber gerade den Zweck, auch für ausgeschiedene Mitglieder in gewissem beschränkten Umfang einen Anspruch auf Sterbegeld zu schaffen (zu vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenversich., Anm. 1 zu § 202 a. a. O.). Das ergibt sich deutlich aus der Entstehungsgeschichte des § 202, der aus dem durch die Novelle vom 10. April 1892 in das Gesetz eingefügten dritten Absatz des § 20 des Krankenversicherungsgesetzes hervorgegangen ist. In der Begründung zu der Novelle (S. 45, 46) heißt es, der Zusatz verfolge den Zweck, für die Zukunft die zahlreichen Streitigkeiten auszuschließen, die bei der Anwendung des § 20 Abs. 1 Nr. 3 (jetzt § 201 RVO.) bisher entstanden seien. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung hätten nur die Hinterbliebenen derjenigen einen Anspruch auf Sterbegeld, die als Mitglieder der Kasse gestorben seien. Versterbe ein als Mitglied einer Kasse Erkrankter nach Ablauf der gesetzlichen oder statutarischen Dauer der Krankenunterstützung, ohne wieder in die frühere Beschäftigung eingetreten zu sein, so bestehe zwischen ihm und der Kasse, falls er nicht etwa durch freiwillige Zahlung der Beiträge auf Grund des § 27 sich die Mitgliedschaft erhalten habe, keinerlei Beziehung mehr, auf Grund deren er noch als Mitglied angesehen werden könnte. Nach dem Wortlaut der Ziffer 3 würden demnach die Hinterbliebenen eines nach Ablauf des bezeichneten Zeitraums Verstorbenen keinen Anspruch auf Sterbegeld mehr haben. Hierin liege aber eine unverkennbare Unbilligkeit, wenn die Krankheit nach Beendigung der Krankenunterstützung fortgedauert und in weiterem ununterbrochenen Verlauf den Tod herbeigeführt habe. Auf der anderen Seite erfordere das Interesse der Kasse, daß der Anspruch nicht auf unbeschränkte Zeit zugelassen werde. Eine gesetzliche Regelung in der vorgeschlagenen Art entspreche somit den Interessen beider Teile. Aus diesen Ausführungen geht klar hervor, daß es sich hier um die Ausfüllung einer Lücke, um eine Ausnahmevorschrift handelt, die unter genau umschriebenen Voraussetzungen aus Billigkeitsgründen die Gewährung von Sterbegeld auch an ehemalige Kassenmitglieder ermöglichen soll (zu vgl. auch von Woedtke, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 7 zu § 20). Die Voraussetzungen sind aber so eng umschrieben, daß von einer allgemeinen Versicherung für den Todesfall hier nicht mehr die Rede sein kann. Das Sterbegeld steht im Falle des § 202 nicht mehr für den Tod schlechthin, sondern nur für den tödlichen Ausgang der vorausgegangenen Krankheit zu. Die Hinterbliebenen sollen nur dann das Sterbegeld erhalten, wenn gerade die Krankheit, derentwegen der Verstorbene ausgesteuert ist, den Tod herbeiführt, wenn die Arbeitsunfähigkeit bis zum Tode anhält und der tödliche Ausgang binnen Jahresfrist nach Ablauf der Krankenhilfe eintritt. Diese Beschränkung des nur im Hinblick auf die frühere Kassenmitgliedschaft gegebenen Anspruchs verbindet ihn in ursächlicher und zeitlicher Beziehung aufs engste mit der vorausgegangenen Krankheit, beraubt ihn jeder Selbständigkeit und läßt ihn nur als letzten Ausfluß des Anspruchs auf Krankenhilfe erscheinen. Da es sich also nur noch um eine nachträgliche Leistung aus der früheren Mitgliedschaft handelt, während der Erkrankte im übrigen im Augenblicke der Aussteuerung bereits alle Beziehungen zu seiner Krankenkasse verloren hatte, kann die Bemessung des Sterbegeldes nur nach den Verhältnissen zur Zeit der Entstehung der letzten Krankheit erfolgen. Der vom Reichsversicherungsamt in den eingangs erwähnten Entscheidungen 2531 und 2640 für § 201 RVO. aufgestellte Grundsatz, daß der Tod des Versicherten den Versicherungsfall bildet, läßt sich somit für § 202 nicht aufrechterhalten. Vielmehr ist hier der Versicherungsfall die vorausgegangene Krankheit (anderer Ansicht Hahn in ArbVers. 1915 S. 387 ff. und ArbVers. 1918 S. 418 Nr. 2). Das hat gemäß § 211 a. a. O. zur Folge, daß im vorliegenden Falle die am 1. August 1920 eingetretene Erhöhung des Grundlohns für das Sterbegeld nicht mehr berücksichtigt werden darf. Hiernach ist der Anspruch auf das erhöhte Sterbegeld unbegründet.

Anmerkung: Die Auskunft im Jahrg. 1918 S. 418 Ziff. 2, auf die am Schlusse der vorstehenden Entsch. verwiesen ist, ist überholt durch die Auskunft im Jahrg. 1920 S. 318 Ziff. 4, die, übereinstimmend mit dem RVA., im Falle des § 202 RVO. das Sterbegeld nicht nach dem zur Zeit des Todes des Versicherten maßgebenden Grundlohn bemißt, andererseits aber auch nicht wie das RVA. den Grundlohn zur Zeit der Erkrankung, sondern den Grundlohn zur Zeit des Ausscheidens des Versicherten aus der Kasse für maßgebend erachtet. Festgehalten ist also nur, im Anschluß an Hahn, ArbVers. 1915 S. 387ff., an der Ansicht, daß auch im Falle des § 202 RVO. der Tod, nicht die Erkrankung als Versicherungsfall anzusehen

ist. Die abweichende Auffassung des RVA. hat in der Entsch. 1953 Amtl. Nachr. 1915 S. 350 zu einem Ergebnis geführt, dessen Unhaltbarkeit und Unbilligkeit Hahn a. a. O. nachgewiesen hat.

Fortdauer der Familienhilfe nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 9. Februar 1922 (2694 Amtl. Nachr. 1922 S. 282).

Nach § 205a RVO. in der Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 und der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (Amtl. Nachr. des RVA. 1920 S. 312) erhalten die Ehefrauen der Versicherten, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, Wochenhilfe. Es handelt sich dabei um eine gesetzlich festgesetzte Regelleistung, die die Kasse unter bestimmten Voraussetzungen zu gewähren verpflichtet ist. Auf diese Leistung müssen mangels abweichender Vorschriften dieselben Grundsätze Anwendung finden, die für die sonstigen Kassenleistungen gelten. Dazu gehört, daß der Anspruch mit dem Eintritt des Versicherungsfalls, also mit der Entbindung zur Entstehung gelangt (Entscheid. und Mitt. des RVA. Bd. 12 S. 68) und somit für diesen Versicherungsfall seitens der Kasse die gesetzlichen und satzungsmäßigen Leistungen zu gewähren sind. Auf diesen einmal entstandenen Anspruch ist eine Änderung des Versicherungsverhältnisses oder die Beendigung der Mitgliedschaft ohne Einfluß. Ebenso wie im Falle der Erkrankung (Hoffmann, Kommentar zur RVO., § 183 Anmerkung 3) muß auch im Falle der Entbindung diese den Versicherungsfall herbeiführende Tatsache bei zu dieser Zeit bestehender Versicherung den Anspruch für die ganze Unterstützungsdauer begründen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., § 206 Anm. 2 und in ArbVers. 1909 S. 85; Reger, Entsch. der Verwaltungsbehörden, Bd. 19 S. 50, 51). Die Leistungspflicht der Kasse dauert daher so lange fort, als die Wöchnerin nach gesetzlicher Vorschrift die Wochenhilfe zu erhalten hat. Sie wird insbesondere auch nicht dadurch berührt, daß der Versicherte selbst durch Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze vor Ablauf der Bezugszeit seine Mitgliedschaft bei der Kasse verliert (Hoffmann, Erläuterungen zu dem Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge, § 10 Anm. 2 am Schluß).

B. Zur Unfallversicherung.

„Wesentlicher Unterhalt" im Sinne des § 593 RVO. bei Ansprüchen auf Elternrente.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 26. Okt. 1921 (3098 Amtl. Nachr. 1922 S. 262).

Das Rekursgericht ist im Ergebnis dem Oberversicherungsamte beigetreten, da es gleich den Vorinstanzen die Voraussetzungen des § 593 RVO. in vorliegendem Falle nicht für gegeben erachtet. Der Begründung des angefochtenen Urteils kann es jedoch nicht voll beitreten. Zunächst ist nicht ersichtlich, auf welchen Grundlagen das Oberversicherungsamt die monatliche Zahlung des verstorbenen Sohnes ohne Berücksichtigung des Kostgeldes auf „etwa 250 M." berechnet. Sodann kann das Rekursgericht der Auffassung des Oberversicherungsamts nicht folgen, daß eine monatliche Zuwendung in etwa dieser Höhe selbst nach Abzug des Wertes der freien Station für einen Arbeiter in der Vermögenslage des Klägers keine „wesentliche Unterstützung" bedeute. Eine derartige „Unterstützung", von der die Kläger auch in der Rekursschrift sprechen, ist allerdings in den Augen der Eltern und auch objektiv eine wesentliche. Nach dem Gesetze (§ 593) genügt aber eine „wesentliche Unterstützung" noch nicht zur Begründung von Ansprüchen auf Elternrente; vielmehr erfordert das Gesetz, daß der Verstorbene die bedürftigen Verwandten aus seinem Arbeitsverdienste „wesentlich unterhalten" hat (darüber, daß das Wort „wesentlich" im § 593 auf das Wort „unterhalten" und nicht auf die Worte „aus seinem Arbeitsverdienste" zu beziehen ist, zu vergleichen Rekursentsch. vom 10. Juni 1914 — Ia 1293/14).

Der Ausdruck „wesentlich unterhalten" findet sich nicht in den Gesetzen, die der RVO. vorangegangen sind. § 6 Ziff. 2b des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 und die entsprechenden Vorschriften der übrigen damaligen Unfallgesetze erforderten, daß der Verunglückte der einzige Ernährer der Eltern gewesen war. § 18 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 und die entsprechenden Vorschriften der übrigen derzeitigen Versicherungsgesetze ließen den Anspruch schon dann zu, wenn der Verunglückte den Unterhalt ganz oder überwiegend bestritten, d. i. mehr als die Hälfte der Kosten des Lebensunterhalts der Eltern getragen hatte. Die RVO. hat die Voraussetzungen für die Gewährung der Elternrente insofern geändert, als jetzt eine Elternrente unter Umständen auch dann gewährt werden kann, wenn der Verstorbene nicht mehr als die Hälfte der Kosten der Lebenshaltung bestritten hat, sondern nur die Hälfte oder weniger als die Hälfte; diese Zuwendung muß allerdings abweichend vom früheren Rechte aus dem Arbeitsverdienste des Verstorbenen stammen. Im ganzen hat also die Reichsversicherungsordnung die Voraussetzungen für die Elternrente weiter gemildert (vgl. auch Rekursentsch. 2923, Amtl. Nachr. 1916 S. 775). Dies ergibt auch die Entstehungsgeschichte des § 593. In § 612 des Entwurfs einer RVO. war noch das Erfordernis aufgestellt worden, daß der Verstorbene die Ver-

wandten „ganz oder überwiegend" unterhalten haben müsse. Auf Grund der Plenar-Verhandlungen des Reichstags — Dritte Lesung — wurden aber die Worte „ganz oder überwiegend" durch das Wort „wesentlich" ersetzt, wobei nach den Erklärungen des Abgeordneten Hoch Einstimmigkeit darüber herrschte, daß „wesentlich" erheblich weniger als „überwiegend" bedeuten solle (vgl. Sten. Ber., 187. Sitzung vom 30. Mai 1911, Sp. 7277).

Aus vorstehendem ergibt sich nur eine negative Begrenzung des Begriffs „wesentliche Unterhaltung" in dem Sinne, daß die dem Antragsteller zugute gekommene Zuwendung auch dann die Gewährung der Elternrente begründen kann, wenn sie weniger als die Hälfte des Gesamteinkommens des Antragstellers betrug, und daß ein rein zahlenmäßiger Vergleich der Zuwendungen mit den sonstigen Einkommen nicht mehr im Sinne des Gesetzes liegt.

Damit wird aber noch kein für eine einheitliche Rechtsprechung brauchbarer Maßstab geschaffen. Das Reichsversicherungsamt hat bisher zu der Frage, was begrifflich zur „wesentlichen Unterhaltung" im Sinne des § 593 gehört, noch nicht in einer grundsätzlichen Entscheidung Stellung genommen. Übereinstimmung herrscht nur darüber, daß nicht jede Unterstützung in Betracht zu ziehen ist, sondern daß — wie die erwähnte Rekursentscheidung vom 10. Juni 1914 sich ausdrückt — die Unterstützung einen wesentlichen — wenn auch nicht den größeren — Teil des für den Unterhalt benötigten Gesamtaufwandes ausgemacht haben muß. Hiervon ausgehend würdigen die Versicherungsträger wie auch die Instanzen der Unfallversicherung die Tatbestände, die Anlaß zu Ansprüchen aus § 593 geben, ganz verschiedenartig. In manchen Fällen wird die Rente schon dann gewährt, wenn der Verstorbene den Antragsteller „wesentlich unterstützt" hat, d. h. wenn die Unterstützung für den Antragsteller einen wertvollen Faktor für seine Wirtschaft darstellte, in anderen Fällen wird es sogar als ausschlaggebend angesehen, daß der Verstorbene einen erheblichen Teil seines Arbeitsverdienstes gegeben habe, in noch anderen Fällen wird ein strengerer Maßstab angelegt und insbesondere — unter zahlenmäßigen Gegenüberstellungen früherer Art — gefordert, daß die Unterstützung zwar nicht mehr als die Hälfte, aber doch annähernd die Hälfte des für den Unterhalt benötigten Gesamtaufwandes ausgemacht haben müsse.

Um in dieser Hinsicht zu einer festen Richtlinie zu kommen, muß man auf den Grundgedanken des § 593 und der gleichartigen Vorschriften in früheren Gesetzen zurückgehen. Zunächst soll auch im § 593, wenngleich er die Voraussetzungen für die Gewährung der Elternrente weiter gemildert hat, von dem „Prinzip der Entschädigungspflicht" nicht abgewichen werden (zu vergleichen die Erklärung des Vertreters der Reichsregierung in der erwähnten Plenarsitzung des Reichstags). Es fragt sich daher, wofür der Versicherungsträger den Verwandten aufsteigender Linie unter Umständen zu entschädigen hat. Auch nach § 593 nicht für den Ausfall einer wertvollen geldwerten Unterstützung, sondern dafür, daß der bedürftige Verwandte aufsteigender Linie, der durch die Unterstützungen des Verstorbenen vor Not und Elend bewahrt worden ist, durch den Wegfall der Unterstützung von neuem einer Notlage ausgesetzt ist. § 593 hat mithin nach der Auffassung des Rekursgerichts nur solche Fälle im Auge, in denen der Verwandte aufsteigender Linie auf Unterstützungen seiner Abkömmlinge angewiesen war, weil er sich sonst nicht das für einen einigermaßen auskömmlichen Lebensunterhalt Erforderliche beschaffen konnte, und in denen der Verstorbene seinen Eltern (Großeltern) zur Beseitigung dieser wirtschaftlichen Notlage Zuwendungen gemacht hat. Diese Unterstützungen müssen, um Bedeutung im Sinne des § 593 zu erlangen, so erheblich gewesen sein, daß gerade sie eine einigermaßen auskömmliche Lebenshaltung des Antragstellers ermöglichten, daß durch ihren Wegfall also die einigermaßen auskömmliche Lebenshaltung des Antragstellers gefährdet ist. Nicht zu berücksichtigen im Sinne des § 593 ist dagegen eine Unterstützung, die zwar erheblich, d. i. wertvoll für den Verwandten aufsteigender Linie war, deren Fortfall aber für die wirtschaftliche Stellung des Antragstellers ohne einschneidende Bedeutung ist. In Fällen der letzteren Art fehlt schon nach dem Grundgedanken des § 593 der Anlaß für eine Entschädigungspflicht des Versicherungsträgers. Einen ähnlichen Standpunkt vertritt eine Rekursentsch. des Bayer. Landesversicherungsamts vom 24. November 1914 (Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1915 Sp. 210), ferner eine Entsch. des Oberschiedsgerichts für Angest.-Versicherung vom 25. Juni 1919 — Pr. I. P. 62/19 — zu dem gleichartigen § 60 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Die Anwendung dieser Grundsätze auf den Einzelfall wird dadurch erleichtert werden, daß die Versicherungsträger bei Anmeldung eines Anspruchs aus § 593 in Zweifelsfällen ihre Ermittlungen sogleich darauf erstrecken, welche Veränderungen in der wirtschaftlichen Lage des Antragstellers nach dem tödlichen Unfall des Abkömmlings eingetreten sind, ob der Antragsteller etwa inzwischen Armenunterstützung hat beanspruchen müssen, Schulden eingegangen ist, sein Geschäft oder sein Wohnhaus verkauft hat und dergleichen. Aus den Feststellungen hierüber werden sich oft Rückschläge darauf ziehen lassen, ob die Lebenshaltung des Antragstellers durch den Wegfall der Unterstützungen des Verstorbenen gefährdet worden ist. Anderseits wird die Frage, was zu einer „einigermaßen auskömmlichen Lebenshaltung" — ein Ausdruck, der sich schon in der Rekursentsch. 1241, Amtl. Nachr. 1893, S. 193 findet — gehört, von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der Inlandskaufkraft der Papiermark, der Preise für die

notwendigen Lebensbedürfnisse am Wohnort des Antragstellers, der besonderen notwendigen Ausgaben, die etwa der Gesundheitszustand des Antragstellers erfordert, und sonstiger in Betracht kommender Verhältnisse, zu beantworten sein. Dabei können wegen der sozialen Umschichtung der letzten Jahre die in der Rekursentscheidung 1241 von 1893 angeführten „Verhältnisse des Arbeiterstandes" nicht mehr ohne weiteres als Maßstab dafür dienen, was zur notwendigen Lebenshaltung gehört; es müssen dabei die Verhältnisse der unbemittelten Bevölkerungskreise in der Nachkriegszeit in Betracht gezogen werden.

Bei Anwendung dieser Grundsätze auf den vorliegenden Fall hat das Rekursgericht nicht die Überzeugung gewonnen, daß der verstorbene Sohn Karl die Kläger aus seinem Arbeitsverdienste „wesentlich unterhalten" hat. Dies gilt auch dann, wenn man günstigstenfalls auf Grund der unbewiesenen Behauptungen der Berufungsschrift annimmt, daß der Verstorbene in der Zeit vor dem Unfall seinen Eltern neben einem wöchentlichen Kostgeld von 60 M. noch etwa 220 M. monatlich von seinem Arbeitsverdienst abgegeben hat. Denn die Kläger waren zur Bestreitung der notwendigen Ausgaben für ihren Lebensunterhalt nicht auf Unterstützungen des Verstorbenen angewiesen, konnten vielmehr auch ohne solche Unterstützungen auskommen. Der zur Zeit des Unfalls noch nicht 53jährige Vater des Verstorbenen war noch rüstig und arbeitsfähig und als Maurer gegen einen Stundenlohn von 6 M. tätig, besaß außerdem ein schuldenfreies Haus und ein Schwein. Sein eigenes Einkommen reichte demnach zur Bestreitung seines Lebensunterhalts und des seiner 1871 geborenen Frau aus. Die nach Abzug des Wertes der freien Station verbleibenden Zuwendungen des Sohnes waren hiernach wohl geeignet, ihm die Lebensführung zu erleichtern und gewisse Annehmlichkeiten dabei zu gestatten. Sie waren insofern für die Eltern zwar wertvoll und erheblich, aber nicht erforderlich zur Beschaffung des notwendigen Lebensunterhalts. Da schon aus diesem Gesichtspunkte die Voraussetzungen des § 593 der Reichsversicherungsordnung nicht erfüllt sind, mußte dem Rekurse der Erfolg versagt werden.

Zur Versicherungsfreiheit von „Beamten" nach § 554 Abs. 1 Ziff. 4 RVO.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 17. Dez. 1922 (3103 Amtl. Nachr. 1922 S. 268).

Nach § 554 Abs. 1 Nr. 4 RVO. sind versicherungsfrei Beamte, die mit festem Gehalt und Anspruch auf Ruhegeld in Betriebsverwaltungen eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes oder einer Gemeinde angestellt sind. Unter Beamten im Sinne dieser Vorschrift sind nur Beamte im eigentlichen Sinne zu verstehen. Für diese Auslegung spricht zunächst der Wortlaut des Gesetzes; sie ergibt sich aber auch aus einem Vergleiche mit der Vorschrift unter Nr. 3 a. a. O. Nach dieser sind neben Personen des Soldatenstandes (Nr. 1, 2) versicherungsfrei nur die anderen Personen, die § 1 des Unfallfürsorgegesetzes für Beamte usw. vom 18. Juni 1901 bezeichnet, d. h. Beamte der Reichszivilverwaltung, des Reichsheeres und der Marine. Wollte man nun in Nr. 4 a. a. O. den Begriff „Beamte" auch auf Vertragsangestellte mit festem Gehalt und Ruhegehaltsberechtigung ausdehnen, so würden solche in Betriebsverwaltungen eines der Länder des Deutschen Reichs, eines Gemeindeverbandes oder einer Gemeinde tätige Angestellte versicherungsfrei sein, nicht hingegen Reichsangestellte. Dieses Ergebnis kann der Gesetzgeber nicht gewollt haben. Es sind daher unter Beamten im Sinne der Nr. 4 des § 554 Abs. 1 RVO. nur Beamte im eigentlichen Sinne zu verstehen (zu vgl. auch Monatsschr. für Arb. u. Angest.Vers. 1920 Sp. 435). Etwas anderes kann auch nicht aus dem Handbuch der Unfallversicherung entnommen werden. Wenn dort Band I S. 246 an einer Stelle von „Bediensteten" gesprochen worden ist, so ist dies nur als ein Wechsel im Ausdruck anzusehen. Der Kläger ist hiernach vom Oberversicherungsamte mit Recht als versicherungspflichtig angesehen worden.

Zuständigkeit bei Streit über Einreihung in eine Gruppe der Besoldungsordnung und über Festsetzung des Besoldungsdienstalters.

Entscheidung des **bayer. Landesversicherungsamts** v. 7. Februar 1922 („Mitteilungen" S. 25).

N. N. ist seit 1. März 1906 als technischer Aufsichtsbeamter bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft X. angestellt. Er hat beim Genossenschaftsvorstand den Antrag gestellt, ihn gelegentlich der Neuregelung seiner Besoldungsverhältnisse in Gruppe X der Besoldungsordnung für die bayerischen Staatsbeamten vom 2. Juni 1920 einzureihen. Der Genossenschaftsvorstand hat den Antrag abgelehnt, was von der Genossenschaftsversammlung gebilligt wurde. Vielmehr wurde der technische Aufsichtsbeamte in Gruppe VIII der Besoldungsordnung eingereiht und als Beginn des Besoldungsdienstalters der 1. März 1911 festgesetzt. Die Einreihung in Gruppe VIII wurde auch vom Bayer. Landesversicherungsamt genehmigt.

Gegen die Einreihung und gegen die Festsetzung des Besoldungsdienstalters hat N. Beschwerde nach § 705 der RVO. eingelegt, weil sie eine schwere vermögensrechtliche Schädigung für ihn bedeuteten. Er bezweckt damit die Erlangung eines höheren Gehalts. Es handelt sich also um einen vermögensrechtlichen Anspruch, der aus dem Dienstverhältnis zwischen K. und der Berufsgenossenschaft abgeleitet wird. N. untersteht als technischer Aufsichtsbeamter der Berufsgenossenschaft der Dienstordnung. Der Beschwerdeführer hat also einen Streit nach § 705 RVO. erhoben, der gemäß § 724 a. a. O. vom Bayer.

Landesversicherungsamt im Beschlußsenat zu entscheiden ist.

Die Einreihung in eine Gruppe der Gehaltsordnung kann aber überhaupt nicht Gegenstand eines Streites nach § 705 RVO. sein; denn die Frage, ob die von der Berufsgenossenschaft zu treffende Regelung angemessen im Sinne des § 690 RVO. sei, kann vom Landesversicherungsamt nur bei der Genehmigung der Dienstordnung geprüft werden. Ist die Dienstordnung genehmigt, so kann eine Änderung nicht anläßlich einer einzelnen Streitigkeit im Wege des § 705 RVO. durchgeführt werden; denn es ist davon auszugehen, daß die Dienstordnung, selbst wenn nur ein einziger Beamter in einer Gruppe vorhanden sein sollte, eine allgemeine Regelung darstellt, der alle Angestellten ohne Einschränkung auf bestimmte Personen unterworfen sein sollen. Die Beschwerde ist daher, soweit sie sich auf die Gruppeneinreihung bezieht, zurückzuweisen.

Soweit sie sich aber auf die Festsetzung des Besoldungsdienstalters bezieht, ist sie zulässig und begründet.

Nach der Dienstordnung findet in Fällen, welche durch diese nicht ausdrücklich geregelt sind, das bayerische Beamtengesetz sinngemäß Anwendung. Nach der Übergangsvorschrift des Art. 211 dieses Gesetzes und nach § 4 Abs. 3 Ziff. 1 der Königlichen Allerhöchsten Verordnung vom 6. September 1908, die Gehaltsverhältnisse der etatsmäßigen Staatsbeamten betreffend (GVBl. S. 681) waren beim Inkrafttreten des Bayer. Beamtengesetzes die Beamten, hinsichtlich deren die Einteilung in der Gehaltsordnung im wesentlichen mit der Einteilung der bisherigen Gehaltsregulative übereinstimmte, unter Anrechnung der vollen Dienstzeit, die sie in der von ihnen am 1. Januar 1909 bekleideten Dienstesstellung zurückgelegt hatten, in die Klassen der neuen Gehaltsordnung überzuleiten (Reindl, Bayer. Beamtengesetz S. 841 Anm. 2 a).

Das Besoldungsdienstalter des Beschwerdeführers beginnt sonach am 1. März 1906. Er hat also vom 1. April 1920, dem Tage des Inkrafttretens des Bayer. Beamtenbesoldungsgesetzes vom 2. Juni 1920, an Anspruch auf den Höchstgehalt der Besoldungsgruppe VIII.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zum Begriff der Invalidität (§ 1255 RVO.) bei einer „Hausfrau und Mutter“.

Rev. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** v. 29. Oktober 1921 („Mitteilungen“ 1922 S. 15).

. . . Das angefochtene Urteil beruht im wesentlichen auf folgenden Erwägungen: Nach dem Gutachten des Vertrauensarztes sei die Klägerin unbestritten in ihrem früheren Beruf als Fabrikarbeiterin als invalide zu betrachten. Im übrigen scheine zwar der vom Vertrauensarzt festgestellte Befund das Gutachten von Dr. S. zu bestätigen. Die Spruchkammer könne sich aber diesem Gutachten nicht anschließen. Denn es beständen nach dem letzten Untersuchungsbefund noch gewisse Beschwerden und es sei immerhin die Möglichkeit gegeben, daß es zu einem Rückfall komme. Außerdem sei schwer verständlich, wie die Klägerin sich täglich 15—16 M., also mehr als ein Drittel des Normallohnes solle verdienen können, da sie sogar ihre Hausarbeiten nur mit gewissen Unterbrechungen verrichten könne und nach der Erklärung des Vertrauensarztes kaum fähig sei, neben der Besorgung ihres Haushaltes noch das gesetzliche Drittel durch Lohnarbeit zu verdienen. Eine Frau aber, die dies nicht vermöge, sei „unter billiger Berücksichtigung ihres Berufes“ als invalide anzusehen, weil eine Frau und Mutter auf den Arbeitsmarkt überhaupt nur gestellt werden könne, wenn sie neben der Erfüllung ihrer ersten natürlichen und Rechtspflicht, nämlich ihrer Pflicht als Hausfrau und Mutter, noch der Lohnarbeit insoweit nachgehen könne, daß sie wenigstens ein Drittel des Normallohnes zu erwerben vermöge. Es würde gegen die guten Sitten und gegen den Geist der Sozialgesetzgebung verstoßen, wenn man eine Frau und Mutter, die infolge geschwächter Gesundheit vielleicht gerade noch imstande ist, ihren eigenen Haushalt zu versehen, auf Lohnarbeit verweisen und dadurch zwingen würde, ihre eigene Familie zu vernachlässigen und für fremde Leute zu arbeiten. Die Invalidität einer Hausfrau und Mutter dürfe nach § 1255 RVO. nicht mit dem gleichen Maßstab gemessen werden wie jene des Mannes und einer ledigen Frauensperson. Im Gegensatz zu diesen sei ihr Beruf überhaupt nicht das Erwerben, sondern die Verwertung des vom Ernährer Erworbenen im eigenen Haushalt.

In dem Gutachten des Vertrauensarztes ist abermals zwischen der Erwerbsbeschränkung „auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ und der Erwerbsbeschränkung „unter Berücksichtigung des früheren Berufes als Weberin“ unterschieden und die erstere auf 50 v. H., die letztere auf 70 v. H. geschätzt. Eine solche Unterscheidung ist unzulässig und unbrauchbar. Sie wurde vom erkennenden Senat schon wiederholt beanstandet (vgl. u. a. Mitteilungen 1921 S. 41 Z. 194). Das Gesetz kennt nicht zweierlei Arten von Erwerbsfähigkeit. Die vom Vertrauensarzt angewendete Unterscheidung ist offenbar auf die Fragestellung des Erstrichters zurückzuführen und dazu bestimmt, die Unterlage zu schaffen für den Versuch der Spruchkammer, den vom Gesetz nicht anerkannten und von der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und des Lan-

desversicherungsamts ausdrücklich abgelehnten Begriff der Berufsinvalidität zur Geltung zu bringen (vgl. u. a. die Entsch. des erkennenden Senats vom 21. April, 4. Mai und 21. Mai 1921, Mitteilungen 1921 S. 27 Z. 189; S. 40 Z. 193; S. 41 Z. 194).

Die Spruchkammer hat ferner, soweit sie die bloße Möglichkeit einer Verschlimmerung zur Entkräftung des Gutachtens des Sachverständigen Dr. S. verwertet, sowohl die Grenzen des freien Ermessens überschritten als auch gegen § 1255 Abs. 1 und 2 RVO. verstoßen (vgl. Amtl. Nachr. 1911 S. 417, Z. 1543).

Die Anschauung der Spruchkammer, die in § 1255 RVO. vorgeschriebene billige Berücksichtigung des bisherigen Berufes ermögliche und bedinge für die Invalidität einer Hausfrau und Mutter die Anlegung eines anderen Maßstabes als beim Mann oder einer ledigen Frauensperson, ist nicht nur mit § 1255 RVO., sondern mit dem Wesen und Aufbau der Invalidenversicherung schlechthin unvereinbar.

Der Zweck dieses Zweiges der öffentlich-rechtlichen Arbeiterversicherung ist, den Lohnarbeitern und gewissen gleichartigen Gruppen selbständig Erwerbstätiger Versicherungsschutz zu gewähren gegen die wirtschaftlichen Folgen der Invalidität, d. i. der infolge Krankheit oder anderer Gebrechen eingetretenen Herabsetzung ihrer Erwerbsfähigkeit auf weniger als ein Drittel. Geschlecht und Familienstand der Versicherten machen grundsätzlich keinen Unterschied, weder bei den Voraussetzungen der Versicherung (Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung, Beitragsentrichtung) noch — abgesehen von der Bestimmung des § 1291 RVO. über die Kinderzuschüsse — in Ansehung der Versicherungsleistung, der Invalidenrente. Der Versicherte steht der Versicherung nicht als Mitglied seiner Familie, sondern als einzelner gegenüber und zwar grundsätzlich als der auf seine Arbeitskraft angewiesene und durch ihre Abnahme in der Grundlage seiner wirtschaftlichen Existenz bedrohte Angehörige der Lohnarbeiterklasse. Das Gesetz gilt daher ebensowohl für Arbeiter wie für Arbeiterinnen, für Verheiratete wie für Ledige (Anleitung des Reichsversicherungsamts Z. 6). Nur in einigen Punkten untergeordneter Bedeutung hat die oberstrichterliche Rechtsprechung eine besondere Berücksichtigung der Frau zugelassen, so bei der örtlichen Begrenzung des Arbeitsmarktes nach § 1255 Abs. 2 RVO. insofern, als Ehefrauen die Trennung ihres Wohnsitzes von dem des Mannes oder der Familie nicht zuzumuten ist.

Entsprechend der Aufgabe der Invalidenversicherung und nach der klaren Bestimmung des § 1255 RVO. ist für den Eintritt des Versicherungsfalles ausschließlich entscheidend, ob der Versicherte infolge Krankheit oder anderer Gebrechen seine Arbeitskraft in dem vom Gesetz bezeichneten Umfang eingebüßt hat. Hiernach kommt es nur auf die Erwerbsfähigkeit an. Wer noch imstande ist, durch eine Tätigkeit, die ihm zugemutet werden kann, das für ihn maßgebende Lohndrittel zu erwerben, ist nicht invalide. Ob er von der ihm verbliebenen Arbeitskraft Gebrauch macht, ist gleichgültig, sofern er nicht an ihrer Verwertung durch ein Gebrechen gehindert ist, das ihn vom gesamten Arbeitsmarkt ausschließt. Sonst ist es ohne Belang, ob die Verwertung der Erwerbsfähigkeit wegen Mangels an Arbeitsgelegenheit oder wegen Arbeitsunlust oder infolge Behinderung durch persönliche Verhältnisse, insbesondere etwa um deswillen unterbleibt, weil der Versicherte durch eine Tätigkeit, die aus sittlichen Gründen wichtiger und vordringlicher ist als die Lohnarbeit, vollauf in Anspruch genommen wird (vgl. bezüglich der häuslichen Unabkömmlichkeit einer Mutter Amtl. Nachr. 1911, S. 416 Z. 1542, auch Amtl. Nachr. 1887 S. 141 Z. 339). Alle diese Gesichtspunkte haben nach dem Gesetz keinen Einfluß auf die Frage der Invalidität.

Zu den Maßstäben, nach denen gemäß § 1255 Abs. 2 RVO. zu beurteilen ist, ob einem Versicherten eine Tätigkeit zugemutet werden kann, gehört die „billige Berücksichtigung des bisherigen Berufes". Nach dem Sinn und Zusammenhang des Gesetzes kann unter dem Ausdruck „bisheriger Beruf" nichts anderes verstanden werden als die bisher berufsmäßig verrichtete versicherungspflichtige Tätigkeit. Jede andere Auslegung tut dem Gesetz Gewalt an. Insbesondere ist es willkürlich und ungesetzlich, in den § 1255 Abs. 2 RVO. einen Berufsbegriff hereinzuziehen, der einem ganz anderen Gebiet, dem Familienrecht, angehört und mit der Invalidität, wie sie im Gesetz klar und unzweideutig geregelt ist, nichts zu tun hat.

Die von der Spruchkammer aufgestellten Grundsätze würden dazu führen, bei weiblichen Versicherten, soweit sie als Frau oder Mutter ein Hauswesen zu besorgen haben, den für die Invalidenversicherung maßgebenden Gesichtspunkt der Erwerbsfähigkeit auszuschalten, ihre Rentenansprüche ohne jede gesetzliche Handhabe auf eine andere, für die Versicherten günstigere Grundlage zu stellen als diejenigen des Mannes oder einer ledigen Arbeiterin und dadurch nicht nur eine weitreichende Ungleichheit innerhalb des Kreises der Versicherten, sondern auch eine bedenkliche Gefährdung der versicherungstechnischen Unterlagen der Invalidenversicherung bewirken.

Es mag sein, daß, die Ausführbarkeit vorausgesetzt, vom gesetzgeberischen Standpunkt aus der Gedanke eine gewisse Beachtung verdient, im Wege der Versicherung die Tätigkeit der Frau im Hauswesen und den Zusammenhalt der Familie zu schützen und zu fördern. Für die Rechtsprechung der Spruchbehörden der heutigen Arbeiterversicherung ist das ohne Belang. Ihre Aufgabe ist, das Gesetz anzuwenden.

Nach den Gutachten des Frauenarztes Dr. S.

und des Vertrauensarztes kann als erwiesen erachtet werden, daß sich der körperliche Zustand der Klägerin wesentlich gebessert hat, und daß die Beschränkung ihrer Erwerbsfähigkeit jetzt nicht mehr als 50 v. H. beträgt. Beide Sachverständige erklären die Klägerin für fähig, leichte und mittelschwere häusliche Arbeiten zu verrichten. Nach § 1255 Abs. 2 RVO. steht nichts im Wege, die erst 39 Jahre alte früher als Fabrikweberin beschäftigte Klägerin darauf zu verweisen, solche Arbeiten gegen Entgelt zu verrichten. Bekanntermaßen sind die Dienste von Zugeherinnen so gesucht und so gut bezahlt, daß die Klägerin durch eine solche Tätigkeit, die ihr auch eine zeitweilige Unterbrechung der Arbeit ermöglicht, die Mindestverdienstgrenze erreichen kann, die sich nach dem Arbeitslohn einer Fabrikweberin errechnet. Die Klägerin ist daher nicht mehr invalide im Sinne des § 1255 RVO.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zu den Gesetzen über Notstandsmaßnahmen von Rentenempfängern

der Invaliden- und Angestelltenversicherung v. 7. 12. 21 (RGBl. S. 1533) u. v. 24. 4. 22 (RGBl. S. 464) hat das bayerische Ministerium für Soziale Fürsorge eine Entschließung v. 9. 5. 22 bekanntgemacht (Bayer. Staatsanzeiger Nr. 109), die in Ausführungen und anschaulichen Beispielen den gegenwärtigen Rechtszustand klar darstellt. Wir glauben daher die umfangreiche Entschließung hier vollständig wiedergeben zu sollen.

A.

Das Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung vom 7. Dezember 1921, „Notstandsmaßnahmengesetz, NG." — RGBl. S. 1533 — (vgl. auch die hierzu ergangene Ausführungsverordnung vom 24. Dezember 1921, „AV." — RGBl. S. 1665 — beide veröffentlicht mit Bekanntmachung vom 5. Januar 1922 — Bayer. Staatsanzeiger Nr. 4 —) hat durch ein Gesetz vom 24. April 1922 — RGBl. S. 464 — eine weitere Ausgestaltung erfahren, die hauptsächlich eine Verbesserung der Leistungen des Gesetzes bezweckt (vgl. Anlage).

1. Bisher war die Unterstützung so bemessen, daß das Gesamtjahreseinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente den Betrag von 3000 M., einer Witwen- oder Witwerrente den Betrag von 2100 M., einer Waisenrente den Betrag von 1200 M. erreichte. An diesen Höchstbeträgen der Unterstützung wird für den Regelfall nichts geändert. Darüber hinausgehend kann nun aber nach Art. I Ziff. 2 des Gesetzes vom 24. April 1922, soweit besondere Umstände es erfordern, die Unterstützung bis zu einem solchen Betrage erhöht werden, daß das Gesamteinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente oder eines Ruhegeldes den Betrag von 4800 M., einer Witwen- oder Witwerrente den Betrag von 3300 M., einer Waisenrente den Betrag von 2000 M. erreicht. Die großenteils sehr ernste Lage der Rentenempfänger legt den Gemeinden die Pflicht auf, diese erweiterte Fürsorge da eintreten zu lassen, wo ihre gesetzlichen Voraussetzungen — die besondere Notlage des Rentenempfängers — gegeben sind. Bei der Feststellung dieser besonderen Voraussetzungen erfordern weiter die sich fast täglich verschlechternden Lebensverhältnisse vom Fürsorgeträger soziales Verständnis und Entgegenkommen. Auch die Reichsregierung hat bei den Gesetzesberatungen den gleichen Standpunkt vertreten.

2. a) Bisher blieb bei der Berechnung des Gesamtjahreseinkommens des Rentenempfängers sein Arbeitseinkommen bis zum Betrage von 2000 M. außer Ansatz. Dieser Freibetrag ist nun allgemein, also nicht etwa nur in den unter Ziff. 1 erwähnten Fällen, auf 4000 M. erhöht worden.

b) Erhöht wurde ferner der Freibetrag von bisher 600 M. in § 2 Abs. 5 NG. allgemein auf 1200 M.

3. Eine weitere Bestimmung des Gesetzes sieht eine Zuschußleistung an nicht leistungsfähige Gemeinden vor. Hierüber bleibt besondere Entschließung vorbehalten.

4. Die neuen Vorschriften sind mit Wirkung vom 1. April 1922 in Kraft getreten. Von diesem Tage an ist also in den besonderen Notfällen die erweiterte Unterstützung zu gewähren. Ebenso sind von diesem Tage ab bei der Festsetzung der Unterstützung die erhöhten Freibeträge zu berücksichtigen. Eine allgemeine Nachprüfung der Unterstützungsfestsetzungen wird daher nicht zu umgehen sein (vgl. auch § 6 Abs. 1 AV.).

B.

Beim Vollzug des Notstandsmaßnahmengesetzes haben sich vielfach Zweifel über die Gesetzesauslegung ergeben. Um den Trägern der Notstandsmaßnahmen den Gesetzesvollzug zu erleichtern, wird im nachstehenden eine Klärung der bisher besonders hervorgetretenen Zweifelsfragen versucht. Es muß jedoch vorbehalten bleiben, eine etwa später hervortretende abweichende Auffassung des Reichsarbeitsministeriums zur entsprechenden Geltung zu bringen:

I. Wer ist unterstützungsberechtigt?

Unterstützungsberechtigt sind deutsche Empfänger

1. auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung von Alters- (§ 1257 RVO.), Invaliden- (§ 1255 RVO.), Witwen- (§ 1258 RVO.), Witwer- (§ 1260 RVO.), Waisenrente (§ 1259 RVO.), Invalidenkrankenrente (§ 1255 Abs. 3 RVO.), Witwenkrankenrente (§ 1258 Abs. 3 RVO.),
2. im Bereich der Angestelltenversicherung von Ruhegehalt (§ 25 AVG.), Witwenrente (§ 28 AVG., dieser aber mit der in § 2 Abs. 2 des NG. vorgesehenen Einschränkung), Witwerrente (§ 30 AVG.), Waisenrente (§§ 29 f. AVG.), Krankenruhegeld (§ 25 Abs. 2 AVG.),

sämtliche, wenn das Gesamtjahreseinkommen des Rentenempfängers die in § 2 Abs. 1 und 3 NG. angegebene Höhe nicht erreicht.

Nur Deutsche haben Anspruch auf die Unterstützung. Dazu gehören auch die Angehörigen des Saargebietes, nicht aber Angehörige der durch den Friedensvertrag oder in dessem Vollzuge abgetretenen Gebietsteile. Angehörige der österreichischen Republik sind auf Grund des § 9 NG. in Verbindung mit der Verordnung vom 8. Februar

1922 (RGBl. S. 204) unter den dort näher bezeichneten Voraussetzungen anspruchsberechtigt.

Unter Ziffer I 1 fallen Personen, welche die Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung aus den zugelassenen Sonderanstalten (§ 1360 RVO.),

unter Ziffer I 2 fallen Personen die gemäß den §§ 372—386, § 388 AVG. aus Ersatzkassen Ruhegeld oder Rente beziehen, wenn sie im Falle ihrer Nichtzugehörigkeit zur Ersatzkasse versicherungspflichtig nach § 1 AVG. wären (vgl. § 2 AV.). Ersatzkassen sind Versicherungseinrichtungen, z. B. Beamtenpensions- Lehrerpensions-, Knappschaftskassen, denen vom Bundesrat oder Reichsrat das Privileg verliehen ist, daß die Versicherung bei ihnen gleichwertig ist der Versicherung in der Angestelltenversicherung. Nicht als Rentenempfänger aus der Angestelltenversicherung gelten Personen, welche lebenslängliche Rente nach § 61 AVG. oder Leibrente nach § 63 AVG. beziehen (§ 2 Abs. 2 AV.).

Die Unterstützung teilt das Schicksal der Rente. Wird die Rente in vollem Umfang versagt oder entzogen oder ruht oder fällt sie weg, so gilt Gleiches für die Unterstützung. Tritt die Hemmung nur bei einem Teilbetrag der Rente ein, so gilt für die Unterstützung entsprechendes (vgl. die §§ 1306, 1307, 1312 f., 1522 RVO., §§ 68, 73 f., 69 AVG. — § 12 AV. —). Die Landesversicherungsanstalten, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und die Ersatzkassen haben über das Vorliegen derartiger Fälle den Fürsorgeträgern auf Verlangen Auskunft zu erteilen, neu eintretende Fälle müssen sie von Amts wegen mitteilen (§ 12 AV.).

An Stelle des Rentenempfängers kann gemäß § 5 RG. eine Anstalt Zuschüsse zum Pflegegeld erlangen, wenn der Rentner in dieser Anstalt Wohnung und Verpflegung erhält. Zu den Anstalten gehören Invaliden-, Altersheime und dergl., wohl auch Armenhäuser, Krankenhäuser, Sanatorien. Der Anspruch kann innerhalb der Einkommensteuergrenze des § 2 Abs. 1 RG. (3000, 2100, 1200 M.) geltend gemacht werden und erstreckt sich bis zu drei Viertel der Gesamtbezüge des Rentenempfängers. Unter Gesamtbezügen dürfen das tatsächliche Gesamtjahreseinkommen, also die sämtlichen Bezüge des Rentenempfängers einschließlich der nach § 2 Abs. 4, 5 RG. von der Anrechnung sonst teilweise ausgeschlossenen Bezüge, wie z. B. des Einkommens aus Arbeit, aber ausschließlich der Unterstützung nach § 1 RG. zu verstehen sein. Drei Viertel dieser Bezüge können von der Anstalt beansprucht werden, aber nur innerhalb der Einkommensgrenze des § 2 Abs. 1 RG. Damit wird festgestellt sein, daß die Anstalt höchstenfalls die Unterstützung beanspruchen kann, die dem Rentenempfänger überhaupt zustehen würde. Die Invalidenrente selbst wird übrigens der Anstalt bzw. dem Armenverband schon wegen Gewährung des vollen Unterhalts gemäß den §§ 1536, 1506, Abs. 2 RVO. im vollen Betrage regelmäßig überwiesen sein. Ein verbleibender Rest der Unterstützung steht dem Rentner zu.

Beispiel a:

Betrag der Invalidenrente . . .	1000 M.
Arbeitseinkommen	4500 M.
Knappschaftsrente	1300 M.
Gesamtbezüge im Sinne des § 5 Abs. 1 RG.	6800 M.

Hieraus ¾ = 5100 M.

Unterstützung: 3000 — (1000+500+100 = 1400 M.

Die Anstalt kann die volle Unterstützung in Höhe von 1400 M. beanspruchen.

Beispiel b:

Invalidenrente	1000 M.
Arbeitseinkommen	1000 M.
Betrag der Gesamtbezüge im Sinne des § 5 Abs. 1 RG.:	2000 M.

Hieraus ¾ = 1500 M.

Unterstützung: 3000 — 1000 = 2000 M.

Die Anstalt erhält von der Unterstützung: 1500 M., 500 M. verbleiben dem Rentner.

In beiden Fällen ist angenommen, daß nur der Regelfall der Unterstützung vorliegt.

Über die Hälfte des Pflegegeldes hinaus können die Zuschüsse nicht beansprucht werden.

Haben sich die Rentenempfänger gegen einen einmaligen entsprechenden Kapitalserlag in ein Versorgungsheim, Altersheim usw. eingekauft und einen Rechtsanspruch auf lebenslänglichen Unterhalt (Wohnung und Verpflegung) erworben, so liegen die Voraussetzungen des § 5 RG. nicht vor. Der Wert der von der Anstalt gewährten Sachleistungen ist hier bei der Berechnung des Gesamtjahreseinkommens gemäß § 2 RG. mitanzurechnen. (Vgl. auch § 6 Abs. 2 Satz 1 AV.)

Steht der Rentenempfänger außerhalb seines „Heimatortes" in Anstaltspflege oder auf fremde Kosten in Familienpflege, so ist für die Gewährung der Unterstützung die Gemeinde zuständig, in welcher der Rentenempfänger vor dem Eintritt der Pflege gewohnt hat (§ 5 Abs. 2 RG.). „Heimatort" im Sinne dieser Bestimmung ist der Ort, an dem sich der Rentenempfänger zuletzt nicht nur vorübergehend aufgehalten, sondern mit der Absicht längeren oder dauernden Verbleibens gewohnt hat (§ 3 Abs. 1 Satz 3 RG.).

Nicht als Rentenempfänger im Sinne des Gesetzes gelten Unfallrentner sowie Bezieher von Krankengeld oder von Leistungen auf Grund der Militärversorgungsgesetze.

Ist jemand Empfänger einer Rente aus der Invaliden- und daneben aus der Angestelltenversicherung, so hat er doch keinen Anspruch auf doppelte Unterstützung. Dies ergibt sich aus der Berechnungsart nach § 2 RG. („Gesamtjahreseinkommen").

II. Wie wird die Unterstützung berechnet?

1. Maßgebend ist zunächst § 2 RG. Danach ist die Unterstützung in solcher Höhe zu gewähren, daß das Gesamtjahreseinkommen erreicht:

a) bei einem Invaliden-, Kranken-, Altersrentner oder einem Empfänger von Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung den Betrag von jährlich 3000 M.,

b) bei einem Witwer-, Witwen-, Witwen-Krankenrentner oder bei einer invaliden Witwe, die Hinterbliebenenrente aus der Angestelltenversicherung bezieht, den Betrag von jährlich 2100 M.,

c) bei einem Waisenrentner den Betrag von jährlich 1200 M.

Hierfür kann gemäß § 2a RG. in der Fassung des Art. I 2 d. Ges. vom 24. April 1922 die erweiterte Fürsorge eintreten, die, wie oben unter A 1 erläutert wurde, die Höchstgrenze des Gesamtjahreseinkommens hinaufsetzt

im Falle II 1a von 3000 M. auf 4800 M.,
im Falle II 1b von 2100 M. auf 3300 M.,
im Falle II 1c von 1200 M. auf 2000 M.

Damit ist den Rentenempfängern ein gewisses Mindesteinkommen zugesichert. Der Differenzbetrag zwischen seinem tatsächlichen Einkommen bzw. dem

sich nach § 2 NG. berechnenden Einkommen und diesem Mindestbetrag muß ihm als Unterstützung gezahlt werden.

Bei der Feststellung des derzeitigen Einkommens des Rentenempfängers sind alle Aufwendungen, die aus dem Roheinkommen zur Erwerbung des Einkommens zu machen sind, bei den einzelnen Einkommensquellen abzusetzen. Es ist also vom Nettoeinkommen auszugehen.

Ein Rückgriff auf den Vermögensstamm, wie ihn im gewissen Umfange die Kleinrentnerfürsorge vorsieht, kann bei Feststellung des Gesamtjahreseinkommens des Sozialrentners nicht verlangt werden

Treffen in eine Familie mehrere Rentenempfänger (z. B. beide Ehegatten als Invalidenrentenempfänger oder die Mutter als Witwenrentenempfängerin und mehrere Waisenrentenempfänger) zusammen, so hat an sich jeder *einzelne* Rentenempfänger Anspruch auf die Unterstützung in der unter Ziffer II 1 angeführten Höhe.

Die Feststellung des Gesamtjahreseinkommens und der anrechnungsfähigen Bezüge ist also für jeden Rentenempfänger für seine Person durchzuführen.

2. Das Gesamtjahreseinkommen erhöht sich für das 1., 2. und 3. noch nicht 15 Jahre alte Kind des Rentenempfängers um jährlich je 500 M., für jedes weitere noch nicht 15 Jahre alte Kind um jährlich 600 M.

Diese *Erhöhung* des Gesamtjahreseinkommens tritt jedoch nur ein, wenn das Kind nicht selbst eine Rente nach RVO. (also auch nicht Renten aus der Unfallversicherung), AVG. oder den Militärversorgungsgesetzen bezieht.

Dagegen tritt die Erhöhung im vollen Umfange ein, auch wenn das Kind bereits verdient. Auch in den Fällen der erweiterten Fürsorge (§ 2a NG.) können diese Erhöhungen des Gesamtjahreseinkommens eintreten.

Nicht zulässig erscheint es, für Kinder, die Renten nach RVO. usw. beziehen, die Einkommensgrenze des Rentenempfängers um den Betrag heraufzusetzen, um den die Rente unter 500 bzw. 600 M. zurückbleibt. Ist die Mutter Invalidenrentenempfängerin und sind Kinder unter 15 Jahren vorhanden, die nicht Empfänger einer der oben unter Ziffer II 2 erwähnten Renten sind, so tritt die Heraufsetzung der Grenze ihres Gesamtjahreseinkommens nach § 2 Abs. 3 NG. auch dann ein, wenn etwa der Vater in vollem Verdienste steht. Dessen Unterhaltungspflicht ist allerdings nach den unten näher zu erörternden Grundsätzen zu berücksichtigen.

Sind beide Eltern Rentenempfänger und sind gemeinsame Kinder vorhanden, so können beide Ehegatten die Zuschläge nach § 2 Abs. 3 NG. erhalten.

Kinder i. S. des § 2 Abs. 3 NG. sind nach § 3 AB. eheliche und ihnen gleichgestellte (also an Kindes Statt angenommene, für ehelich erklärte oder durch nachfolgende Ehe legitimierte) Kinder, sowie die unehelichen Kinder weiblicher Rentenempfänger (§ 1259 RVO., § 29 AVG.). Uneheliche Kinder zählen also zwar bei Berechnung der Unterstützung der Mutter, nicht aber bei Berechnung der Unterstützung des unterhaltungspflichtigen außerehelichen Vaters mit. Elternlose Enkel unter 15 Jahren, deren Unterhalt der Empfänger der Rente ganz oder überwiegend (also mindestens zur Hälfte) bestreitet, werden den Kindern unter 15 Jahren gleichgestellt.

Beispiel:

Ein Invalidenrentner mit 7 Kindern unter 15 Jahren, die nicht im Bezuge einer der erwähnten Renten stehen. Das Mindestgesamtjahreseinkommen beträgt: 3000 M. + (3 × 500) + (4 × 600) = 6900 M.

III. *Welche Arten von Einkommen des Rentenempfängers werden auf das Gesamtjahreseinkommen in voller Höhe angerechnet?*

1. Sämtliche Bezüge der Reichsversicherungsordnung (Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) einschließlich aller Erhöhungen und Zulagen, z. B. gemäß Verordnung vom 5. Mai 1920 (RGBl. S. 878), Gesetz vom 28. Dezember 1921 (RGBl. S. 7), Ges. vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 984). Bezüglich des Verhältnisses des NG. zu dem Gesetz über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. S. 7) vergleiche besonders noch Entschließung vom 17. Februar 1922 (Bayer. Staatsanzeiger Nr. 42), bezüglich der knappschaftlichen Versicherung vgl. unten Ziffer IV, 2b.

2. Bezüge auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte (Ruhegeld, Hinterbliebenenrenten) samt den Beihilfen nach dem Gesetz vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 1173).

3. Zinsen, Renten und sonstige Erträgnisse aus beweglichem und unbeweglichem Vermögen (z. B. Zinsen aus Erbgut, Forderungen, Austragsbezüge, Pachtgelder, Mietzinsen, Wert der Wohnung im eigenen Haus). Ausgaben für die Erhaltung des Vermögensgegenstandes, z. B. Versicherungen, Hypothekenzinsen, notwendige Reparaturkosten sind hierbei abzusetzen. Vgl. oben unter Ziffer II 1. Bezüglich der Sonderregelung für Sparguthaben vgl. unten Ziffer IV, 2e.

4. Bezüge aus öffentlichen Fürsorgeleistungen nichtarmenrechtlicher Natur (armenrechtliche Leistungen können jedoch voll angerechnet werden, soweit sie ab 1. Oktober 1921 bis zum Tage der erstmaligen Auszahlung der Notstandsmaßnahme gewährt wurden, § 11 AB. — vgl. im übrigen unten Ziffer V, 2 —), insbesondere Erwerbslosenunterstützung. (Schluß folgt.)

Für ein Wahlrecht der Krankenkasse zwischen Sach- und Geldleistungen

tritt der Vorstand des Verbandes der Krankenkassen in der Provinz Brandenburg ein. In seinem „Mitteilungsblatt" v. Juni 1922 finden wir darüber folgendes:

Die finanzielle Lage der Krankenkassen ist mit der steigenden Entwertung des Geldes zumeist recht ungünstig geworden. Besonders diejenigen Kassen, in deren Bezirk die Beschäftigungsgelegenheit zeitweise nachließ und die nicht wesentlich erhöhte Einnahmen durch den Übertritt der Versicherten in die höchsten Beitragsstufen aufzuweisen hatten, stehen vor nicht abzusehenden finanziellen Schwierigkeiten. Diese Umstände zwingen zur Prüfung der Frage, wie den Kassen eine Entlastung gebracht werden kann, damit sie lebens- und leistungsfähig erhalten werden können.

Es gibt zwar auch in der Provinz Brandenburg noch Kassen, besonders in den Industriegebieten, die im Jahre 1921 ihrer Rücklage namhafte Beträge zuführen konnten. Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß ihnen zahlreiche Kassen gegenüberstehen, die nur eine geringe oder gar keine Vermögenszunahme aufzuweisen hatten, und daß infolge der Geldentwertung *das Vermögen aller Kassen trotz des scheinbar*

hohen Nominalwertes gegenüber der Vorkriegszeit wesentlich gesunken ist. Die Grippeepidemie zu Beginn des Jahres 1922 und die Verpflichtung, vom 1. 1. 1922 an alle Versicherten, also auch denen, die bereits arbeitsunfähig krank waren, die Leistungen nach den höheren Grundlöhnen zu bezahlen, die durch das Gesetz vom 28. 12. 1921 beschlossen worden sind, hat erheblich zur Minderung der Leistungsfähigkeit der Kassen beigetragen. Während vor dem Kriege der Beitrag 3 bis 3½, in seltenen Ausnahmefällen 4 v. H. des satzungsmäßigen Grundlohnes betrug, sind heute Beitragssätze von 4 v. H. überhaupt nicht mehr anzutreffen; 6 v. H. sind die Regel und 7½ bis 10 v. H. bedauerlicherweise keine Seltenheit mehr. Die Beiträge, welche dadurch von den Versicherten gezahlt werden müssen, stehen kaum noch in einem rechten Verhältnis zu den Leistungen. Besonders, soweit die Versicherten der höheren Stufen in Betracht kommen, denen die Sachleistungen in keinem anderen Umfange gewährt werden können, als den Versicherten der niederen Beitragsstufen.

Dieser krankhafte Zustand muß beseitigt werden. Für die Gesundung der deutschen Krankenversicherung können mehrere Wege in Betracht kommen. Einer davon wäre die Unterstützung der Kassen durch das Reich, dessen gesetzgeberische Maßnahmen besonders auf dem Gebiete der Wochenhilfe und Wochenfürsorge den Kassen erhebliche Lasten aufgebürdet haben. Mit einer solchen Unterstützung wird aber bei der gegenwärtigen Finanzlage des Reiches kaum zu rechnen sein, so daß die Frage, wie den Kassen in anderer Weise geholfen werden kann, dringend der Erörterung bedarf. Die deutsche Krankenversicherung muß, was in der ausländischen Gesetzgebung in dem gleichen Umfange sich kaum wiederholt, den Versicherten freie ärztliche Behandlung, Arznei, Heilmittel und Krankenhauspflege gewähren. In den Anfängen der deutschen Krankenversicherung wurden die Kassen dadurch nicht erheblich belastet. Noch im Jahre 1900 betrug der Aufwand für die Krankenbehandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Heilpersonen pro Kopf durchschnittlich 3,50 bis 4 M., im Jahre 1914 bereits 7,25 M., im Jahre 1919 13,10 M. Inzwischen sind die Ausgaben für diese Leistungen, wie die Rechnungsabschlüsse zahlreicher Kassen ergeben, im Jahre 1921 auf 50 bis 60 M. gestiegen, und das Jahr 1922 wird nach einwandfreien Berechnungen eine durchschnittliche Ausgabe auf den Kopf des Versicherten bringen, die mindestens 140 bis 180 M. beträgt. Besonders die Bereitstellung der ärztlichen Hilfe ist immer kostspieliger und schwieriger geworden, wobei vor allem die Kassen der Kreise unter den ins ungemessene steigenden Wegegebühren außerordentlich getroffen werden. Die Ärzte selbst haben für die Notlage der Kassen kein Ohr. Sie haben vielmehr unter dem Druck der ärztlichen Organisationen die Kassen im Laufe der letzten Jahre gezwungen, die freie Arztwahl einzuführen und die Bezahlung nach Einzelleistungen zuzugestehen. Dadurch ist die Zahl der Ärzte, die für die einzelnen Kassen tätig sind, erheblich gewachsen und mit der Bezahlung der Einzelleistungen zugleich die Ausgabe für ärztliche Hilfe verhältnismäßig außerordentlich gesteigert worden. Die Kassen sind aber, wenn sie nicht zusammenbrechen sollen, außerstande, dem ungeheuren ärztlichen Zustrom gerecht zu werden. In der Regel hat sich in den Städten der Provinz Brandenburg die Zahl der Ärzte verdoppelt. Die Existenz dieser Ärzte sicherzustellen, kann niemals Aufgabe der Krankenkassen sein; das verlangen aber die Ärzte. Die Folge davon ist ein ständiger Kriegszustand zwischen Kassen und Ärzten, der sich in den letzten Jahren immer mehr verschärft hat und zur zeitweiligen Einstellung der ärztlichen Tätigkeit führte. Ihn zu beseitigen ist nur dann möglich, wenn den Kassen die Wahl bleibt, entweder die ärztliche Hilfe in Sachbezügen oder in Barleistungen zu gewähren. Die Kassen hoffen, daß bei der Abgeltung der ärztlichen Hilfe durch eine Barleistung auch die übrigen Sachleistungen, besonders die Arzneiausgaben wesentlich zurückgehen werden. Dieser Rückgang der Ausgaben ist die Voraussetzung für die Gesundung der Kassen, vorzugsweise der Krankenkassen des Kreises, die durch die andauernde Steigerung der Wegegebühren ohne jede Begrenzung vor einer Katastrophe stehen.

Dadurch, daß den Kassenorganen die Wahl zwischen der Gewährung der Sachleistungen oder deren Abgeltung durch eine Barleistung überlassen bleibt, wird Vorsorge für die Sicherung der wertvolleren Leistungen bei finanzkräftigen Kassen getroffen werden können. Nicht um eine Minderung der Kassenleistungen handelt es sich, nicht darum, die Versicherten in ihren Bezügen zu beschränken, auch nicht um eine Kampfansage gegen Ärzte und Apotheker, sondern um die Erhaltung der deutschen Krankenversicherung, die über ein Menschenalter hindurch den Kranken in überaus segensreichem Maße Hilfe gebracht und die Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft gefördert hat.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Leben in häuslicher Gemeinschaft im Sinne des § 205 a RVO.

1. **Nach Berlin.** Frage: Unter Bezug auf die Auskunft in der „Arbeiter-Versorgung" 1921 S. 380 Ziff. 8, bitten wir um Auskunft, ob auch die Ehefrau eines Erwerbstätigen, aus dessen Versicherung sich ein Anspruch auf Wochenhilfe noch nicht herleiten läßt, aus der Versicherung ihres Vaters, mit dem das Ehepaar in häuslicher Gemeinschaft lebt, einen Anspruch auf Familienwochenhilfe aus § 205 a RVO. herleiten kann. Das Ehepaar bewohnt gegen eine monatliche Beihilfe ein Schlafzimmer im väterlichen Haushalt. Den Haushalt selbst bestreitet der Vater. Der Ehemann hatte zur Zeit der Entbindung seiner Ehefrau (29. 11. 1921) ein Jahreseinkommen von 10 600 M.

Antwort: Wir bejahen die Frage. Jaeger (Wochenhilfe, S. 73 Anm. 9 zu § 205 a RVO.) vertritt im Anschluß an die Entsch. des RVA. 2284 (Amtl. Nachr. 1916 S. 795) die Auffassung, es sei

nach § 205 a RVO. nicht notwendig, daß die Wöchnerin in der häuslichen Gemeinschaft des Versicherten lebt; der Anspruch bestehe auch, wenn der Versicherte in der häuslichen Gemeinschaft der Wöchnerin lebe. Es kann zweifelhaft sein, ob dies wirklich dem Gedanken des Gesetzes entspricht (zu vgl. Hahn in „Betriebskrankenkasse" 1920 S. 98). Im vorliegenden Falle kommt es aber darauf nicht an. Denn da das Ehepaar in der Wohnung des Vaters seine Unterkunft hat und der Vater den Haushalt bestreitet, kann es nicht zweifelhaft sein, daß es die häusliche Gemeinschaft des Versicherten (des Vaters) ist, in der die Wöchnerin, gemeinsam mit ihrem Manne lebt, insbesondere zur Zeit der Entbindung gelebt hat.

a) **Ungültigkeitserklärung von Vorstandswahlen wirkt auf die Zeit der Wahl zurück.** b) **Gebotene Ergänzung der Rücklage.** c) **Teilnahme der Aufsichtsbehörde an Sitzungen der Kassenorgane.**

2. **Nach Westerburg.** Antwort: a) Werden Ausschußmitglieder in den Vorstand gewählt, so scheiden sie aus dem Ausschuß aus (§ 327 RVO.). Wird die Wahl in den Vorstand angefochten und für ungültig erklärt, so wirkt das auf den Zeitpunkt der Wahl zurück, so daß die in den Vorstand gewählten als nicht aus dem Ausschuß ausgeschieden zu gelten haben. Die für sie in den Ausschuß eingetretenen Ersatzmänner müssen also abtreten.

b) Wenn die Rücklage der Anforderung des § 364 Abs. 1 Satz 1 RVO., der eine zwingende Vorschrift enthält, nicht genügt, so muß das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde gemäß §§ 30, 31 RVO. auf Ergänzung der Rücklage dringen und, wenn die Einnahmen der Kasse hierzu nicht hinreichen, nach § 387 RVO. die Kasse zur Minderung ihrer Leistungen oder zur Erhöhung der Beiträge anhalten. Hiervon kann nur etwa dann abgesehen werden, wenn aus ersichtlich vorübergehenden Gründen einmal die Auffüllung der Rücklage untunlich ist und zugleich die Wahrscheinlichkeit besteht, den Fehlbetrag in absehbarer Zeit auszugleichen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 364).

c) Es erscheint zweifelhaft, ob die Aufsichtsbehörde vom Kassenvorstand verlangen kann, daß er vor jeder Vorstands- oder Ausschußsitzung rechtzeitig dem Versicherungsamt Mitteilung mache, damit der Vorsitzende dieses Amtes an der Sitzung teilnehmen könne. Bei der Beratung des § 11 RVO. ging man davon aus, daß die Nichtöffentlichkeit der Sitzungen das Recht der Aufsichtsbehörde, an ihnen teilzunehmen, nicht ausschließe (zu vgl. Hahn, Anm. 1 zu § 11). Geht man hiervon aus, so würde man der Behörde zum Zwecke wirksamer Ausübung dieses Rechtes auch den Anspruch auf rechtzeitige Mitteilung von den Sitzungen zugestehen müssen.

Anrechnung unterbrochener Mitgliedzeit auf die Wartezeit nach §§ 208, 209 RVO.

3. **Nach Bochum.** Frage: Nach § 35 unserer Satzung wird der Anspruch auf Mehrleistungen erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten nach dem Beitritt erworben. Das gilt nicht für Mitglieder, die in den letzten 12 Monaten bereits für mindestens 6 Monate Anspruch auf Mehrleistungen bei einer Krankenkasse gehabt haben. Durch Ausscheiden aus der Mitgliedschaft kann diese Wartezeit auf die Dauer von höchstens 26 Wochen unterbrochen werden. Beispiel: Wenn ein Mitglied vom 1. Januar bis 31. Juli 1921 bei der Kasse versichert ist und vorher bei einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Mehrleistungen gehabt hat, so beginnt hier der Anspruch auf Mehrleistungen am 1. Juli 1921. Dieses Mitglied wird erwerbslos und tritt am 1. Januar 1922 erneut in die Kasse ein. Es muß nach dem Wortlaut der Satzung wieder eine neue Wartezeit von 6 Monaten für das Anrecht auf Mehrleistungen durchmachen. Wäre das Mitglied vorher nicht so lange bei der Kasse versichert gewesen, beispielsweise erst am 1. April 1921 eingetreten, am 31. Juli 1921 ausgetreten und am 1. Januar 1922 erneut eingetreten, so würde, da die Unterbrechung keine 26 Wochen gedauert hat, der Anspruch auf Mehrleistungen bereits am 1. März 1922 beginnen; das Mitglied ist also besser gestellt als das Mitglied, das länger bei der Kasse versichert war. — Wir bitten, uns Ihre Ansicht mitzuteilen.

Antwort: Ihre Auffassung der maßgebenden Bestimmungen (§§ 208, 209 Abs. 1 RVO.) ist richtig. Das Gesetz legt eben offenbar dem Umstande besondere Bedeutung bei, daß die ununterbrochene Mitgliedzeit, wenn sie trotz der Unterbrechung auf die Wartezeit angerechnet werden soll, nicht allzu lange vor dem neuen Eintritt in die Kasse liegen darf.

Vermögensüberschüsse bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Kassen.

4. **Nach Marienwerder.** Antwort: Offenbar hat eine Vereinigung der Kassen und demzufolge die Bildung eines Sondervermögens nach § 294 RVO. stattgefunden; denn für die Schließung oder „Auflösung" von Kassen, von der Sie reden, gilt § 294 nicht (vgl. §§ 299, 303 und ArbVers. 1915 S. 839 Ziffer 8). Nach § 294 Abs. 3 Satz 2 fällt der Rest des Sondervermögens an die Rücklage der aufnehmenden Kasse, sobald aus dieser der letzte der Versicherten, die auf sie übergegangen sind, ausgeschieden ist. Ein Ausscheiden findet aber statt, sobald die Mitgliedschaft, die bei der aufzunehmenden Kasse begründet und bei der aufnehmenden durch die Vereinigung fortgesetzt worden war, erloschen ist. Sie lebt nicht etwa wieder auf, wenn der Ausgeschiedene auf Grund einer neuen Tatsache — z. B. eines neuen Beschäftigungsverhältnisses — abermals Mitglied der Kasse wird. Vielmehr entsteht hierdurch eine neue Mitgliedschaft, und sie ist auf die Verwendung des Sondervermögens ohne rechtlichen Einfluß. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 4 zu § 294.) Festgestellt muß freilich werden, daß tatsächlich die übernommenen Mitglieder sämtlich ausgeschieden sind. — Sollte aber, entgegen unserer Annahme, die Schließung oder Auflösung von Kassen stattgefunden haben, so brauchte ein Sondervermögen überhaupt nicht gebildet zu werden, sofern nicht etwa Zuschüsse des Arbeitgebers oder einer Innung bei Betriebs- und Innungskrankenkassen in Frage kamen. (Vgl. §§ 303, 295 RVO.) Der Vermögensüberschuß war also dann nicht gesondert zu führen, brauchte auch nicht der Rücklage zurückgeführt zu werden.

Herausgeber u. verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1360 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. August 1922 | Heft 2

Nochmals zur „Feststellung" des Anspruchs auf Wochenfürsorge.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Berlin-Wilmersdorf.

Mein Aufsatz in Heft 19 bezog sich auf das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge in der Fassung des Gesetzes v. 29. 7. 21. Er war bereits gesetzt, als die hier S. 310 abgedruckten neuen Gesetze v. 9. 6. 22 verkündet wurden, unter ihnen ein besonderes „Gesetz über Wochenfürsorge", durch das die bisherigen Vorschriften über Wochenfürsorge aus dem Zusammenhange mit denen über Wochenhilfe herausgelöst und in einigen Punkten anders gestaltet worden sind. Der § 5 des neuen Gesetzes entspricht aber vollständig dem § 18 des älteren Gesetzes, der den Gegenstand meiner Erörterung bildete, und ich finde auch sonst in dem neuen Gesetze nichts, was mich irre machen könnte an dem von mir vertretenen, aus dem klaren Wortlaut und Zusammenhang der Vorschriften hergeleiteten und durch die Begründung betonten Satze:

> daß dem Versicherungsamt die Entscheidung über den Antrag auf Wochenfürsorge nach Grund und Betrag, der Krankenkasse aber „nur" die Auszahlung auf Anweisung des Versicherungsamts obliegt.

Auch Hoffmann, der hier im Heft S. 305 die entgegengesetzte Auffassung vertritt, geht dabei nicht etwa von irgendeiner Rechtsänderung durch das Ges. v. 9. 6. 22 aus, sondern erläutert lediglich den § 5 dieses Gesetzes (= § 18 Ges. v. 29. 7. 21) im Anschluß an die (von mir kritisierten) übereinstimmenden Erlasse des Reichsarbeitsministers und des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt und meint, die entstandene Streitfrage sei durch diese beiden Kundgebungen bereits „entschieden" worden. Das ist vielleicht nur ein ungenauer Ausdruck, der aber leicht irreführen kann und deshalb der Berichtigung bedarf. Die Erlasse der beiden Minister haben nur die Bedeutung einer Meinungsäußerung; zu einer „Entscheidung" der Streitfrage im Sinne einer rechtsverbindlichen Auslegung des Gesetzes sind diese Stellen nicht berufen. Sie können die Kassen nicht anweisen, Wortlaut, Sinn und Begründung des Gesetzes zu mißachten, um eine sehr verantwortliche Aufgabe zu übernehmen, die das Gesetz ihnen abgenommen und auf die Versicherungsämter übertragen hat. Hoffmann leitet den Versuch einer Rechtfertigung der ministeriellen Meinungsäußerungen mit den Worten ein: „Die hier zum Ausdruck gekommene Auslegung der gesetzlichen Vorschriften erscheint zutreffend, wenn erwogen wird . . ." Dieser Bedingungssatz kennzeichnet treffend den Rechtfertigungsversuch als einen nur scheinbaren, von einer Bedingung abhängigen, die tatsächlich nicht erfüllt ist. Denn es folgt jener Einleitung des Satzes die Hervorhebung von Rücksichten der Zweckmäßigkeit, die der Gesetzgeber allerdings vor Erlaß des Gesetzes hätte erwägen können oder sollen, die er aber tatsächlich nicht erwogen hat, die vielmehr erst nachträglich von

den ausführenden Stellen entdeckt worden sind und die man nun dem Gesetzgeber als Motive unterschieben und zu einer ganz willkürlichen, wort- und sinnwidrigen Auslegung des Gesetzes verwenden möchte. Dafür, daß das Gesetz **nicht** auf derlei Erwägungen beruht, spricht auch ein älterer gesetzgeberischer Vorgang, an den sich § 18 des Ges. v. 29. 7. 21 und folglich auch der ihm entsprechende § 5 des neuen Gesetzes v. 9. 6. 22 offenbar anlehnt, nämlich die Reichsverordnung v. 23. 4. 15, betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges (RGBl. S. 257, ArbVers. S. 300). Es wird genügen, aus der Begründung zu §§ 6 bis 9 dieser Verordnung folgende bezeichnende Ausführungen wiederzugeben:

„Das Reich bedarf für die Durchführung der Wochenhilfe örtlicher Organe. Hierfür waren bei der Bekanntmachung v. 3. 12. 14 die Krankenkassen die gegebenen Stellen, da die Mitgliedschaft bei ihnen das bestimmende Merkmal für den Anspruch auf diese Wochenhilfe bildet. Jetzt bei der Ausdehnung aber handelt es sich überwiegend um solche **Personen, die keiner Krankenkasse angehören. Für sie kann die Mitwirkung der Krankenkassen nicht in Anspruch genommen werden.** Einmal sind diese bei dem Mangel an Personal infolge der Einziehung zum Kriegsdienst zur Zeit ohnehin geschäftlich stark belastet, sodann aber kommt es hier wesentlich auf die Kenntnis der Einkommens- und Steuerverhältnisse der Antragsteller an, Dinge also, mit denen die Kassen sonst nicht befaßt sind und die sie nicht in der Lage sind, zu kennen. **Auf ihre Heranziehung mußte daher verzichtet werden** ..." (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 321, 322).

Weiter wird dann dargelegt, daß und weshalb man sich entschlossen habe, die Durchführung den Lieferungsverbänden zuzuweisen, „deren nach dem Gesetze v. 28. 2. 88 gebildeten Kommissionen ohnehin eine ähnliche Aufgabe obliegt, nämlich die Prüfung und Bescheidung der Unterstützungsanträge für die Familien der Kriegsteilnehmer". Diese Kommissionen aber hatten nach § 6 des erwähnten Ges. v. 28. 2. 88 „**über den Umfang und die Art der Unterstützungen**" zu entscheiden. Ganz wie damals und aus demselben wesentlichen Grunde, nämlich wegen der mangelnden Eignung der Kassen zur Prüfung der Einkommensverhältnisse, hat man ihnen jetzt bei der Wochenfürsorge nicht nur die Entscheidung über diese einzelne Voraussetzung des Anspruchs entzogen, sondern auf ihre Heranziehung zu einer Sachprüfung und Entscheidung überhaupt verzichtet: nur insofern ist man von dem Vorbilde der für die Kriegswochenhilfe getroffenen Regelung (zu vgl. § 13 der Vrdg. v. 23. 4. 15) abgewichen, als man den Krankenkassen noch die „Auszahlung auf Anweisung des Versicherungsamts" beließ, „nur" die Auszahlung, wie die Begründung zu allem Überfluß ausdrücklich betont. Dies hat Hoffmann ganz unbeachtet gelassen, wie er auch in seiner Erläuterung des Wochenhilfegesetzes in der Fassung v. 29. 7. 21 (Anm. 1 zu § 18) — ebenso wie die beiden Minister — die Begründung **ohne** den Schlußsatz mitteilt.

Im übrigen ist den Ausführungen Hoffmanns eher eine Widerlegung als eine Rechtfertigung der ministeriellen Kundgebungen zu entnehmen. „Vor allen Dingen" soll es „auffallend" sein, daß gegen die „schwerwiegenden Entscheidungen des Kassenvorstandes" ein Rechtsmittel nicht vorgesehen ist. Das ist aber nicht im mindesten auffallend, wenn man das Gesetz (und womöglich auch die Begründung **mit** dem peinlichen Schlußsatz!) liest, wie es lautet, statt es gewaltsam zu verdrehen. Daß das Gesetz kein Rechtsmittel gegen die Entscheidungen des Vorstandes vorgesehen hat, erklärt sich eben einfach und zwanglos daraus, daß der Vorstand gar keine „Entscheidung" zu fällen, sondern lediglich auf Anweisung des Versicherungsamts zu zahlen hat. Der vermeintliche Mangel im Gesetz ist — neben Wortlaut und Begründung — der beste Beweis dafür, daß man nicht entfernt daran gedacht hat, den Kassenvorständen eine Entscheidung zu übertragen; im andern Falle wäre jener Mangel nicht nur auffallend, sondern skandalös. Vergeblich bemüht sich Hoffmann, um diese logische Folgerung dadurch herumzukommen, daß er wenigstens die Anrufung der Aufsichtsbehörde für gegeben erachtet; „auf diesem Wege würde der obersten Verwaltungsbehörde die endgültige Entschließung

zufallen". Ich halte das für ausgeschlossen. Die Aufsicht über die Krankenkassen führt nach § 377 Abs. 1 RVO. das Versicherungsamt. Es hat dafür zu sorgen, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden (§ 30 RVO.). Dabei ist unter „Gesetz" nicht etwa nur die RVO., sondern auch jedes andere Gesetz, das die Krankenkassen angeht, insbesondere ihnen Aufgaben zuweist, zu verstehen (zu vgl. Entsch. des preuß. ObVerwGer. v. 7. 1. 07, Bd. 50 S. 400, ArbVers. 1907 S. 352, Reger Entsch. 27 S. 426). Würde also eine Krankenkasse die Anweisung des Versicherungsamts, einen zahlenmäßig bestimmten Betrag an Leistungen der Wochenfürsorge auszuzahlen (§ 5 Ges. v. 9. 6. 22 = § 18 Ges. v. 29. 7. 21), aus irgendeinem Grunde ablehnen, so würde nunmehr das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde, obwohl die Wochenfürsorge nicht auf der RVO. beruht, mit einer Maßnahme aus § 31 Abs. 3 RVO. einzuschreiten habe. Dasselbe hätte zu gelten, wenn das Versicherungsamt sich nach dem Rezepte Hoffmanns begnügen wollte, die Krankenkasse anzuweisen, die Leistungen der Wochenfürsorge (ohne Bezeichnung des Betrages!) „auszuzahlen", und wenn die Kasse dies nach meinem Rezepte ablehnte, weil ihr eine Prüfung des Anspruchs in keiner Richtung obliege oder zustehe, und sie nur eine bestimmt bezifferte Zahlungsanweisung zu befolgen habe. Ebenso hätte dasselbe zu gelten, wenn die Kasse sich auf eine eigene Prüfung des Anspruchs einließe, die Wöchnerin aber die Höhe des von der Kasse festgestellten Betrages bemängelte. In allen diesen Fällen würde aber die Beschwerde gegen die aufsichtliche Anordnung des Versicherungsamts niemals, wie Hoffmann annimmt, zur „endgültigen Entschließung" an die oberste Verwaltungsbehörde — in Preußen an den Minister für Volkswohlfahrt — gelangen, sondern sie würde bei dem Oberversicherungsamt und die weitere Beschwerde bei dem Reichs- (Landes-) Versicherungsamt zu erheben sein. (§§ 128, 129, 377 Abs. 2, 1792, 1797 RVO.; Hahn Anm. 2 zu § 377, Hoffmann Anm. 7 zu § 377; zu vgl. auch die oben erwähnte Entsch. des pr. OVG. v. 7. 1. 07). Denn wenn die Rechtsgrundlage für eine Beaufsichtigung der Krankenkassen hinsichtlich ihrer Aufgaben bei Durchführung der Wochenfürsorge, obwohl diese von der Reichsversicherung ihrem Wesen nach verschieden und jetzt auch äußerlich durch ein besonderes Gesetz von ihr geschieden ist, nur in der RVO. gesucht und gefunden werden kann, so ist es selbstverständlich, daß auch für die Rechtsmittel gegen die aufsichtlichen Anordnungen und Entscheidungen nur auf dieselbe Rechtsquelle zurückgegriffen werden kann und muß. Danach könnte eine Landesbehörde (die oberste Verwaltungsbehörde) zu einer solchen Entscheidung nur durch besondere reichsrechtliche Bestimmung berufen sein, und hieran fehlt es. Nur auf dem hier bezeichneten Wege kann unsere Streitfrage einer die nötigen Rechtsgarantien bietenden höchsten Instanz zur grundsätzlichen Entscheidung zugeführt werden.

Es mag nur noch auf einen seltsamen Widersinn hingewiesen werden, der sich ergibt, wenn man der Auffassung Hoffmanns und der beiden Minister folgt: Das Versicherungsamt würde, wenn es als Aufsichtsbehörde angerufen wäre oder von Amts wegen einzugreifen Anlaß hätte, sich der Aufgabe nicht entziehen können, die von der Krankenkasse getroffene zahlenmäßige Feststellung des Anspruchs zu überprüfen — dasselbe Versicherungsamt, das nach jener Meinung für diese Aufgabe so ungeeignet sein soll, daß man gerade deshalb, abweichend vom Wortlaut und Sinn des Gesetzes, jetzt wieder die Kassen auch mit der zahlenmäßigen Feststellung des Anspruchs statt nur mit der Auszahlung nach Anweisung des Versicherungsamts beladen möchte! Eine Bestimmung des neuen Gesetzes könnte man vielleicht geneigt sein, als Stütze der hier bekämpften Auslegung anzusehen, nämlich den § 6: „Gewährt eine Krankenkasse ihren Mitgliedern nach § 195c RVO. bei der Entbindung und bei Schwan-

gerschaftsbeschwerden freie Hebammenhilfe und freie Arznei, so gilt diese Bestimmung auch für die Wöchnerinnen, denen die Krankenkasse Wochenfürsorge leistet. . ." Allein durch diese Fassung hat sich der Gesetzgeber nur der gleichen Ungenauigkeit oder Fahrlässigkeit schuldig gemacht, wie im § 20 des Ges. v. 29. 7. 21 (= § 8 Ges. v. 9. 6. 22), wo man gleichfalls das Wort „Leistungen" statt Zahlungen hat stehen lassen. Hierüber ist das Nötige schon früher (S. 290) bemerkt worden. Es geht nicht an, aus solchen ungenauen Gelegenheitswendungen eine Auslegung herzuleiten, die im Widerspruch mit dem steht, was das Gesetz am gehörigen Ort unzweideutig ausgedrückt hat. — —

Die Gesetze drängen und wandeln sich in unserer Zeit, unter mancherlei Druck, nur allzu schnell; das mag manchen Mangel erklären, kann aber nicht jeden entschuldigen. Mancher Fehler könnte vermieden werden, wenn man die Gesetzentwürfe nebst der Begründung immer rechtzeitig der öffentlichen Kritik unterbreitete und namentlich den bewährten Praktikern in den Verbänden der Versicherungsträger Gelegenheit zur Äußerung gäbe; auf ein paar „Überexemplare" dürfte es dabei nicht ankommen (zu vgl. hier S. 171 Anm.) Kommt aber ein Mißgriff des Gesetzgebers vor, so darf er nicht abgeleugnet und im Wege unhaltbarer Auslegung durch Verwaltungsbehörden, sondern nur durch Änderung des Gesetzes abgestellt werden. Das Reichsarbeitsministerium, das diese Notwendigkeit verkannt hatte, ist schon einmal sehr wirkungsvoll auf den richtigen Weg gedrängt worden (zu vgl. hier S. 97 ff, 186, 264, 265). Aber die Wirkung hat nicht lange vorgehalten. Ganz ähnlich wie in jenem früheren Falle hat man es jetzt verschmäht, die Gelegenheit, die sich bei dem Entwurf eines besonderen Gesetzes über Wochenfürsorge bot, wahrzunehmen, um zugleich die für zweckmäßig oder notwendig erachtete andere Verteilung der Zuständigkeit zwischen Versicherungsamt und Krankenkasse durch das Gesetz festzustellen; man beharrt auf der mit Wortlaut, Sinn und Begründung des Gesetzes unvereinbaren Auslegung der Vorschriften und belehrt die nachgeordneten Stellen dementsprechend. Diese systematische Grenzverrückung zwischen Gesetzgebung und Verwaltung hat eine Rechtsunsicherheit zur Folge, die die Beteiligten empfindlich schädigt und den Respekt vor unserer Sozialgesetzgebung bedenklich gefährdet. Das hat offenbar auch Hoffmann empfunden. Er würde, wenn er nicht mindestens schwere Bedenken gegen die Haltbarkeit der ministeriellen Auslegung hätte, in seinen Schlußsätzen kaum eine Änderung des Gesetzes so „dringend empfohlen" haben. Ich schließe mich selbstverständlich dieser Empfehlung an. Es sind ja seit dem neuesten Gesetz über Wochenfürsorge schon wieder ein paar Wochen vergangen, und die Nation sehnt sich gewiß nach einem allerneuesten. Der Reichsarbeitsminister sollte also schleunigst einen Entwurf ausarbeiten lassen, mit dieser Aufgabe aber nur ja nicht etwa einen bibelfesten Mitarbeiter betrauen; denn der könnte einwenden: „Niemand flickt ein alt Kleid mit einem Lappen von neuem Tuch; denn der Lappen reißet doch wieder vom Kleid, und der Riß wird ärger."

Freiwillige Versicherung der über 40 Jahre alten Unfall- und Kriegsrentenempfänger bei Nichterfüllung der Wartezeit für die Invalidenrente.

Von Kontrollinspektor F. Quatmann in Oldenburg i. O.

Der § 1281 RVO. schreibt vor, daß als Wochenbeiträge zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft Zeiten ohne versicherungspflichtige Beschäftigung zählen, während deren der Anwärter eine Unfallrente von mindestens einem Fünftel der Vollrente bezog. Durch die Bundesratsverordnung vom 28. März 1918 (RGBl. S. 165, ArbVers.

S. 229) über die Erhaltung von Anwartschaften und Antragsrechten in der Invalidenversicherung ist bestimmt, daß den im Weltkriege zu Schaden gekommenen Kriegsteilnehmern, denen eine Militärrente von einem Fünftel der Vollrente zugebilligt ist und die versicherungspflichtige Arbeiten nicht ausführen, die gleiche Vergünstigung zuteil werden soll. Diese beiden Bestimmungen bringen mit aller Deutlichkeit zum Ausdruck, daß die Anwartschaft aus den geleisteten Beiträgen auch ohne jede Beitragsleistung nicht verloren geht, wenn eine Unfall- oder Weltkriegsmilitärrente in Höhe von mindestens einem Fünftel der Vollrente gezahlt und Lohnarbeit in versicherungspflichtigem Umfange nicht verrichtet wird.

Die Bestimmungen in bezug auf die Unfallrentner haben verhältnismäßig geringe Bedeutung, weil der Kreis der für die Vergünstigung in Betracht kommenden Personen außerordentlich klein ist. Wesentlich anders liegt die Sache bei den Kriegsrentenempfängern. Die Zahl der im Weltkriege Beschädigten, die mehr als ein Fünftel der Vollrente beziehen, ist eine sehr große. Von diesen Kriegsverletzten hat eine ganz beträchtliche Zahl bis zum Eintritt in den Kriegsdienst Lohnarbeiten verrichtet, Beiträge für die Invalidenversicherung geleistet und die Anwartschaft aus den Quittungskarten aufrechterhalten. Da die Kriegsdienstzeit diesen Versicherten, und zwar sowohl den Pflicht- als freiwillig Versicherten, restlos als Ersatztatsache angerechnet werden muß, haben diese Kreise bis zum Ausscheiden aus der Wehrmacht und noch darüber hinaus die Rechte an die Versicherung gewahrt. Ist ihnen die Mindestrente von einem Fünftel der Vollrente dauernd zugebilligt und betätigen sie sich nicht versicherungspflichtig, so geht die Anwartschaft niemals verloren. War die Wartezeit für die Invalidenrente bei Bewilligung der zwanzigprozentigen Unfall- oder Militärrente bereits erfüllt, so müssen alle Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gewährt werden, sobald der Zustand der gesetzlichen Invalidität eintritt. Die Rechtslage ist hier vollkommen klar.

Ebenso klar ist das Rechtsverhältnis, wenn bei Bewilligung der Militärrente die Wartezeit für die Invalidenrente noch nicht zurückgelegt ist, der Versicherte vor Vollendung des vierzigsten Lebensjahres mit der freiwilligen Beitragsleistung beginnt und dann die an der Wartezeit fehlenden Beiträge, ohne eine Anwartschaftsfrist der Quittungskarten durch Beitragsmarken ungedeckt zu lassen, fortlaufend entrichtet. Ist in einem solchen Falle die Wartezeit erfüllt, so bedarf es keiner weiteren Beitragsleistung; die Anwartschaft bleibt aufrechterhalten, bis der Versicherungsfall eintritt oder eine der Voraussetzungen für die Anwendung der günstigen Ausnahmevorschrift fortfällt.

Wesentlich anders und vollkommen ungeklärt ist die Rechtslage, wenn bei Bewilligung der zwanzigprozentigen Unfall- oder Kriegsmilitärrente die Wartezeit für die Invalidenrente noch nicht erfüllt ist und der Versicherte die freiwillige Versicherung vor Vollendung des vierzigsten Lebensjahres **nicht** wieder aufnimmt. Es müssen berechtigte Zweifel aufsteigen, ob in solchen Fällen die Wartezeit durch freiwillige Beitragsleistung noch erfüllt werden kann. Ist die Frage zu bejahen, so werden diese Kreise gegenüber den anderen Versicherten ganz außerordentlich bevorzugt; wäre sie zu verneinen, so würde ein Teil der günstigen Ausnahmebestimmungen hinfällig werden, und es würden auch Härten entstehen, die vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt sein können. Das RVA. hat sich meines Wissens mit dieser wichtigen Frage, die allerdings z. Zt. noch nicht stark in die Erscheinung tritt, die aber dessenungeachtet von aktueller Bedeutung ist, weil ein beträchtlicher Teil der Kriegsrentenempfänger in vorgerücktem Lebensalter steht, noch nicht beschäftigt. Es ist im Interesse dieser Versicherten geboten, daß Klarheit geschaffen wird. Wird der Rechtsgrundsatz aufgestellt, daß bei Nichterfüllung der Wartezeit die Beitragsleistung vor Erreichung des vierzigsten Lebensjahres einzusetzen habe, so werden viele Ansprüche verloren gehen, wenn nicht alsbald die Lage ge-

klärt wird. Die Behandlung der Frage in der Fachpresse führt wahrscheinlich in absehbarer Zeit eine letztinstanzliche Entscheidung herbei. Das wäre mit Freuden zu begrüßen.

Ich bin der Meinung, daß die vorerwähnten Unfall- und Kriegsverletzten berechtigt sind, jederzeit, und zwar auch nach Vollendung des vierzigsten Lebensjahres, trotz jahrelanger Unterbrechung der Beitragsleistung die an der gesetzlichen Wartezeit fehlenden Beiträge aufzubringen. Auf den ersten Blick mag diese Auffassung befremdlich erscheinen, weil von vielen die Vergünstigung, als über das vom Gesetzgeber gewollte Ziel hinausgehend, abgelehnt wird. Geht man der Sache aber tiefer auf den Grund, so muß man meines Erachtens zu der von mir vertretenen Auffassung kommen. In nachstehendem soll dies begründet werden:

Unbestreitbar und zweifelsfrei ist, daß der Gesetzgeber für die vorbezeichneten Unfall- und Kriegsrentenempfänger günstige Ausnahmevorschriften schaffen wollte. Da diese Absicht des Gesetzgebers unverkennbar ist, sind alle sich daraus ergebenden Schlüsse zu ziehen. Es geht nicht an, die wohlwollenden Bestimmungen durch die Rechtsprechung einzuschränken. Das würde meines Erachtens aber der Fall sein, wenn man bei unterbrochener Markenverwendung die Aufnahme der freiwilligen Beitragsleistung nach Vollendung des vierzigsten Lebensjahres nicht mehr zulassen wollte. Übrigens würden dann auch Härten geschaffen werden, die der Gesetzgeber nicht beabsichtigt haben kann. Hierfür ein Beispiel:

Ein Unfall- oder Kriegsrentenempfänger, der mehr als ein Fünftel der Vollrente bezieht, ist durch das die Rentengewährung bedingende Leiden vor Vollendung des vierzigsten Lebensjahres invalide im Sinne des 4. Buches der RVO. geworden. Die gesetzliche Invalidität bleibt bis zum 45. Lebensjahre bestehen. Dann tritt infolge einer vorgenommenen Operation eine wesentliche Besserung ein, so daß die Erwerbsbeschränkung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte nur noch 50 Prozent beträgt. Bis zum Wiedereintritte der Erwerbsfähigkeit war es dem Beschädigten unmöglich, rechtsgültige Beiträge zu entrichten, denn die bestehende gesetzliche Invalidität hinderte ihn daran. Er war nicht imstande, vor dem vierzigsten Lebensjahre die Beitragsleistung wieder aufzunehmen.

Würde die Rechtsprechung in einem solchen Falle die nach Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit geleisteten Beiträge als rechtsgültig nicht ansehen, so wäre das eine große Härte und Ungerechtigkeit. Die günstigen Ausnahmebestimmungen würden hier keine Wirkung auslösen, obwohl der Rentenempfänger selbst beim besten Willen seine Lage nicht verbessern konnte. Ich kann mir auch gar nicht denken, daß das RVA. eine gegenteilige Auffassung vertreten wird. Erkennt man aber in Fällen vorgeschilderter Art die Berechtigung zur Wiederaufnahme der freiwilligen Beitragsleistung an, so wird man nicht umhin können, allgemein auch den andern Rentenempfängern das gleiche Recht zuzubilligen. Meines Erachtens geht es nicht an, in diesem Falle so und in jenem anders zu entscheiden. Würde das Reichsversicherungsamt hier die Ausnahmevorschriften eng auslegen, so würde ein Zustand entstehen, der allgemeine Befriedigung nicht auslösen könnte. Zuzugeben ist, daß auch der gegenteilige Standpunkt keine allgemeine Billigung finden würde. Zu einem einigermaßen befriedigenden Ergebnis wird man aber nur kommen können, wenn die Bestimmungen nicht eng, sondern weit ausgelegt werden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Gesetz über Änderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung.

Vom 9. Juni 1922 (RGBl. S. 504).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Die Reichsregierung ist ermächtigt, im Falle des Bedarfs mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten:

1. die Grenzen für die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung und die Höchstgrenzen für den Grundlohn in der Krankenversicherung,
2. die Geldbeträge in der Wochenhilfe und Wochenfürsorge,
3. die Geldbeträge im Sinne des Gesetzes über Änderung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung und die Jahresarbeitsverdienste im Sinne der Gesetze über Zulagen in der Unfallversicherung,
4. das Maß der Unterstützung im Sinne der Gesetze über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung

zu ändern und die erforderlichen Übergangsvorschriften zu erlassen.

In den Fällen der Ziffern 2 und 4 ist auch die Zustimmung des Ausschusses des Reichstags für den Haushalt erforderlich.

Anm.: Das Gesetz ist am 23. 6. 22 verkündet, also am 7. 7. 22 in Kraft getreten.

Gesetz über die Pauschbeträge für die Spruchsachen bei den Oberversicherungsämtern.

Vom 24. Juni 1922 (RGBl. S. 542).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

Der § 80 der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) erhält folgende Fassung:

„Sämtliche Kosten des Oberversicherungsamts trägt das Land. Die Versicherungsträger haben für jede Spruchsache, an der sie beteiligt sind, einen Pauschbetrag zu entrichten, den der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichrats für jedes Gebiet der Arbeiterversicherung einheitlich festsetzt. Die Pauschbeträge sollen die tatsächlichen Kosten der Oberversicherungsämter ohne die Bezüge der Mitglieder und ihrer Stellvertreter sowie ohne die Gebühren (§ 1803) zur Hälfte decken.

In die Kasse des Landes fließen die Gebühren nach § 1803, die Geldstrafen nach den §§ 76, 1679, die Beiträge nach § 82 sowie die nach § 1802 besonders auferlegten Verfahrenskosten. Sind in einem Falle solche Kosten zu erstatten, so vermindert sich der Pauschbetrag entsprechend."

Artikel 2.

Im § 81 Abs. 1 und 2 und § 146 der Reichsversicherungsordnung ist statt „§ 80 Abs. 4" zu setzen „§ 80 Abs. 2".

Artikel 3.

Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1921 in Kraft. Die Verordnung über Forterhebung der Pauschbeträge, die von den Versicherungsträgern zu den Kosten der Oberversicherungsämter zu erheben sind, vom 12. November 1918 (RGBl. S. 1309) wird, soweit sie die Pauschbeträge für das Kalenderjahr 1921 festsetzt, aufgehoben.

Gesetz über Geldstrafen in der Reichsversicherungsordnung und im Versicherungsgesetz für Angestellte.

Vom 24. Juni 1922 (RGBl. S. 566).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Der Höchstbetrag der Geldstrafen, die in der Reichsversicherungsordnung oder im Versicherungsgesetze für Angestellte angedroht oder zugelassen sind und nicht unter § 1 Abs. 1 des Gesetzes zur Erweiterung des Anwendungsgebiets der Geldstrafe und zur Einschränkung der kurzen Freiheitsstrafen vom 21. Dezember 1921 (RGBl. S. 1604) fallen, wird auf das Zehnfache erhöht.

Die Vorschrift des Abs. 1 gilt nicht, wenn als Strafe das Ein- oder Mehrfache eines bestimmten Geldbetrags angedroht oder zugelassen ist.

§ 2. — Im § 147 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung und im § 360 Satz 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird das Wort „dreihundert" durch das Wort „dreitausend" ersetzt.

§ 3. — Das Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Anmerkung: Das Gesetz ist durch Ausgabe der Nr. 51 des RGBl. in Berlin am 21. 7. 22 verkündet, also an diesem Tage in Kraft getreten.

Die Begründung des Entwurfs dieses Gesetzes führt folgendes aus: „Das Gesetz zur Erweiterung des Anwendungsgebiets der Geldstrafe und zur Einschränkung der kurzen Freiheitsstrafen vom 21. Dezember 1921 (RGBl. S. 1604) sieht im § 1 eine Erhöhung des Höchstbetrages der Geldstrafen, die in reichs- oder landesrechtlichen Strafvorschriften bei

Verbrechen, Vergehen oder Übertretungen angedroht sind, auf das Zehnfache vor. Es erhöht ferner dort, wo das Reichsrecht oder das Landesrecht eine Behörde oder einen Beamten ermächtigt, Strafvorschriften zu erlassen und darin Geldstrafen bis zu einem bestimmten Höchstbetrage anzudrohen, den zugelassenen Höchstbetrag auf das Zehnfache. Die neuen Vorschriften des Gesetzes gelten auch für die Strafandrohungen und Ermächtungen zu solchen in der RVO. und im VGfA., soweit es sich um sogenannte kriminelle Strafen handelt (zu vergl. die Begr. zu § 1 des Entwurfs). Die Ordnungsstrafen und Zwangsstrafen werden durch das Gesetz nicht getroffen. Das Bedürfnis zu einer Erhöhung des Höchstbetrags bei Ordnungsstrafen und Zwangsstrafen der RVO. und des VGfA. besteht aber infolge der Entwertung des Geldes in gleicher Weise wie für die kriminellen Strafen."

Es war hiernach ein Irrtum, wenn bisher schon jenes ältere Gesetz v. 21. 12. 21 auch bei Ordnungs- und Zwangsstrafen des Reichsversicherungsgesetzes für anwendbar erachtet wurde, wie dies z. B. von Seybold in „Betriebskrankenkasse" 1922 S. 73 hinsichtlich des § 19 RVO. geschehen ist. (Ebenso „Ortskrankenkasse" 1922 Sp. 321.) Erst das vorliegende neue Gesetz hilft dem Bedürfnis ab, auch bei Ordnungs- und Zwangsstrafen die Höchstbeträge zu erhöhen. Dies zu beachten ist wichtig wegen der vor dem 21. 7. 22, dem Tage des Inkrafttretens des vorstehenden Gesetzes, begangenen Zuwiderhandlungen. Sie können nur nach den milderen Vorschriften des bisherigen Rechts über die Höchstbeträge bestraft werden (§ 2 Abs. 2 RStrGB.). Wenn freilich eine fortgesetzte strafbare Zuwiderhandlung oder Unterlassung (z. B. von vorgeschriebenen Meldungen) in die Geltungszeit des neuen Gesetzes hineinreicht, so gelten die höheren Höchstbeträge dieses Gesetzes (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Strafs. 56 S. 56 Ziff. 2).

B. Zur Krankenversicherung.

Anträge Minderjähriger auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. bedürfen der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Februar 1922 (2696 Amtl. Nachr. 1922 S. 283).

Nach § 517 Abs. 1 RVO. ruhen für Versicherungspflichtige, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind, auf ihren Antrag die eignen Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkasse, in die sie gehören. Der Antrag kann, wenn er wie hier nicht bereits beim Eintritt in die Krankenkasse oder spätestens am zweiten Zahltag darauf beim Kassenvorstande gestellt worden ist (§ 519 RVO.), frühestens für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahres gestellt werden. Dies muß mindestens einen Monat zuvor beim Kassenvorstande geschehen (§ 520 RVO.). Wenn also im vorliegenden Falle der Antrag bereits am 29. November 1920 als gestellt anzusehen ist, würde er das Ruhen der Rechte und Pflichten vom 1. Januar 1921 ab bewirken. Dagegen würde diese Wirkung erst vom 1. April 1921 ab eintreten, wenn, wie die Kasse annimmt, erst der 20. Dezember 1920 als Tag der Antragstellung gelten kann. Wie sich nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen von selbst versteht, kann nur ein rechtsgültiger Antrag Erfolg haben. Dazu gehört, daß die Person, die den Antrag stellt, zur Abgabe der in ihm enthaltenen Willenserklärung befugt ist. Ein Minderjähriger wie der Beschwerdeführer bedarf im allgemeinen der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters. Nur in gewissen Ausnahmefällen kann er selbständig Rechtshandlungen vornehmen. Er ist in gewissem Umfang sowohl nach bürgerlichem Verfahrensrechte wie nach der Reichsversicherungsordnung prozeßfähig. Daraus läßt sich aber eine Befugnis, auch selbständig den nicht dem Prozeßrecht angehörigen Antrag nach § 517 RVO. zu stellen, nicht herleiten. Auch die Vorschrift des Bürgerl. Gesetzb. (§ 107), nach der ein Minderjähriger zu Willenserklärungen, durch die er lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, berechtigt ist, kann im vorliegenden Falle nicht zugunsten des Beschwerdeführers verwertet werden. Denn das Ruhen der Rechte und Pflichten bedeutet für Mitglieder einer Ersatzkasse keineswegs, wie es zur Anwendung der Vorschrift erforderlich wäre, lediglich einen rechtlichen Vorteil. Der Befreiung von der Beitragspflicht steht der Verlust der Mitgliedsrechte gegenüber, der um so schwerer wiegt, wenn die reichsgesetzliche Krankenkasse Mehrleistungen gewährt, zu denen die Ersatzkasse nicht verpflichtet ist. Schließlich ist auch die Ansicht des Beschwerdeführers, daß er nach § 113 BGB. zu dem in Rede stehenden Antrag berechtigt gewesen sei, nicht zu halten. Diese Vorschrift erweitert die Geschäftsfähigkeit eines Minderjährigen für den Fall, daß sein gesetzlicher Vertreter ihn ermächtigt hat, in Dienst oder Arbeit zu treten. Diese Voraussetzung ist hier nicht gegeben, da es sich im vorliegenden Falle um einen Lehrvertrag handelt (zu vgl. Dernburg, Das bürgerliche Recht, Bd. 1, 3. Aufl., S. 408, Anm. 8) und dieser Lehrvertrag überdies von dem Vater des Beschwerdeführers, nicht von diesem selbst, abgeschlossen worden ist. Aber auch davon abgesehen, umfaßt auch eine nach § 113 BGB. erweiterte Geschäftsfähigkeit nicht die Befugnis, gemäß § 517 RVO. über die Mitgliedsrechte bei der Krankenkasse zu verfügen, da der Verzicht auf diese Rechte weder die Eingehung oder Aufhebung des Dienstverhältnisses noch die Erfüllung der Vertragspflichten betrifft (zu vgl. Hanow in Monatsschr. für Arb.- und AngestVers. 1914 Sp. 301). Der am 29. November 1920 eingegangene Antrag des Beschwerdeführers war daher mangels Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters unwirksam und konnte von der Allgemeinen Ortskrankenkasse

zurückgewiesen werden (vgl. auch § 111 BGB.). Die später erfolgte Zustimmung des gesetzlichen Vertreters konnte diesen Mangel nicht heilen, sondern nur bewirken, daß der erneut angebrachte Antrag nunmehr, das heißt am 20. Dezember 1920, als rechtsgültig anzusehen war. Seine Wirkung, das Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Krankenkasse, konnte daher nach den früheren Ausführungen erst vom 1. April 1921 ab eintreten. Demnach war die Beschwerde zurückzuweisen.

C. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung über Wiederinkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Unfallversicherung. Vom 10. Juni 1922.

Vom 10. Juni 1922.

Mit Wirkung vom 1. Juli 1922 wird die Verordnung, betreffend Außerkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Unfallversicherung, vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 515) in vollem Umfange aufgehoben.

Gesetz über Erhöhung der Zulagen in der Unfallversicherung.

Vom 3. Juni 1922 (RGBl. S. 506).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I. — Das Gesetz über die Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. S. 1922 S. 7) wird wie folgt geändert:

I. Im § 2 Zeile 2 und 5 tritt an die Stelle des Wortes „fünfzig" je das Wort „dreiunddreißigundeindrittel".

II. § 3 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

Als Jahresarbeitsverdienst gilt,

1. bei Berechnung der erhöhten Verletztenrente eines Verletzten, der als solcher eine oder mehrere Renten bezieht, deren Hundertsätze zusammen die Zahl fünfzig nicht erreichen,
   falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines männlichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von neuntausend Mark,
   falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines weiblichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von viertausendachthundert Mark,
   im übrigen der Betrag von fünfzehntausend Mark,
2. bei Berechnung anderer erhöhten Renten,
   falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines männlichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von fünfzehntausend Mark,
   falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines weiblichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von neuntausend Mark,
   im übrigen der Betrag von vierundzwanzigtausend Mark.

III. Im § 7 Abs. 1 Nr. 1 werden die Worte „das erste Jahr" durch die Worte „die ersten achtzehn Monate" ersetzt.

IV. Im § 7 Abs. 2 wird die Zahl „1924" durch die Zahl „1926" ersetzt.

Artikel II. — Die Zulagen nach Artikel I dieses Gesetzes werden für die Zeit nach dem 30. Juni 1922 gewährt.

Artikel III. — Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats und eines Ausschusses des Reichstags von 28 Mitgliedern die im Artikel I Ziffer II festgesetzten Geldbeträge anderweit festsetzen.

Anm.: Das Gesetz ist am 23. 6. 22 verkündet, also am 7. 7. 22 in Kraft getreten.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gesetz über die Invalidenversicherung und die Angestelltenversicherung der Soldaten (Soldatenversicherungsgesetz.)

Vom 31. Mai 1922 (RGBl. S. 542).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

Die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) wird wie folgt geändert:

1. Im § 1226 ist hinter Nr. 1a einzufügen:
   1b. Soldaten nach Antragstellung bei ihrer vorgesetzten Dienststelle.
2. Im § 1269 ist als Abs. 2 einzufügen:
   Versicherten Soldaten wird während ihrer Zugehörigkeit zur Wehrmacht ein Heilverfahren (§§ 1269 bis 1274) von der Versicherungsanstalt nicht gewährt. Dafür hat die Versicherungsanstalt der Wehrmacht nach Abschluß des Geschäftsjahrs (§ 164) für jeden entrichteten Beitrag einen Betrag zu vergüten, den der Reichsarbeitsminister

festsetzt. Diese Mittel sind zur Hälfte aufzuwenden, um allgemeine Maßnahmen zu treffen, die den Eintritt vorzeitiger Invalidität unter den versicherten Soldaten verhüten und ihre und ihrer Angehörigen gesundheitlichen Verhältnisse fördern können, zur anderen Hälfte werden sie den Einnahmen des Reichs wieder zugeführt.

Artikel II.

Das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 ist hinter Nr. 2 hinzuzufügen:
   2a. Soldaten nach Antragstellung bei ihrer vorgesetzten Dienststelle.
2. Hinter § 36 ist einzufügen:
   § 36 a. — Versicherten Soldaten wird während ihrer Zugehörigkeit zur Wehrmacht ein Heilverfahren (§§ 36 bis 43) von der Reichsversicherungsanstalt nicht gewährt. Dafür hat diese der Wehrmacht nach Abschluß des Geschäftsjahrs (§ 105 Abs. 2) für jeden entrichteten Beitrag einen Beitrag zu vergüten, den der Reichsarbeitsminister festsetzt. Diese Mittel sind zur Hälfte aufzuwenden, um allgemeine Maßnahmen zu treffen, die den Eintritt vorzeitiger Invalidität unter den versicherten Soldaten verhüten und ihre und ihrer Angehörigen gesundheitlichen Verhältnisse fördern können, zur andern Hälfte werden sie den Einnahmen des Reichs wieder zugeführt.

Artikel III.

Die Ausführungsbestimmungen erläßt die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats. Dabei kann bestimmt werden,

a) daß das Reich nur den höheren Arbeitgeberanteil trägt, wenn der Soldat von beiden Versicherungen Gebrauch macht,
b) unter welchen Voraussetzungen der Soldat den Antrag zurücknehmen darf.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Gesetz über vorläufige Umgestaltung der Angestelltenversicherung.

Vom 11. Juni 1922 (RGBl. S. 505).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I. — Das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 Abs. 3 wird das Wort „dreißigtausend" durch „hunderttausend" ersetzt.
2. Im § 16 erhält der Schluß folgende Fassung:

Klasse M	von mehr als	15 000	bis	30 000	Mark
Klasse N	„ „ „	30 000	„	50 000	„
Klasse O	„ „ „	50 000	„	75 000	„
Klasse P	„ „ „	75 000	Mark		

3. Im § 11 wird der Buchstabe A ersetzt durch „, die der Reichsrat durch die Gewährleistung nach § 9 festgesetzt hat,".
4. Im § 73 Satz 2 in der Fassung des Gesetzes zur Ergänzung des Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 13. Dezember 1921 (RGBl. S. 1578) wird das Wort „sechsfachen" durch „zwanzigfachen" ersetzt.
5. Der § 172 erhält am Schlusse des Abs. 1 folgenden Zusatz:

In Gehaltsklasse	N	60 Mark
„ „	O	80 „
„ „	P	110 „

6. An die Stelle des § 182 treten folgende Vorschriften:

Vom 1. Januar 1923 an werden die Beiträge durch Einkleben von Marken in die Versicherungskarte des Versicherten entrichtet. Das Nähere bestimmt der Reichsarbeitsminister nach Anhörung der Reichsversicherungsanstalt.

Die Reichsregierung ist ermächtigt, mit Zustimmung des Reichsrats die bestehenden Vorschriften und Bestimmungen über die Entrichtung der Beiträge zu ändern oder anderweitig zu ersetzen, soweit dies infolge der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 erforderlich wird.

Artikel II. — Auf Neuversicherte finden die §§ 366, 395 bis 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß die Fristen vom Inkrafttreten dieses Artikels ab laufen.

Artikel III. — Den Wiederversicherten werden die Kalendermonate der Zwischenzeit als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte angerechnet.

Wenn ein solcher Angestellter von dem Rechte der freiwilligen Versicherung nach § 15 des Versicherungsgesetzes für Angestellte für die zurückliegende Zeit, während welcher er nicht versicherungspflichtig war, Gebrauch macht oder gemacht hat, so gelten die freiwilligen Beiträge, die er für diese Zeit entrichtet hat oder gültig nachentrichtet, als Pflichtbeiträge im Sinne des § 48 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, nicht dagegen im Sinne des § 398. Die freiwillige Versicherung hat die Wirkung der Pflichtversicherung nur insoweit, als ihre Beiträge mindestens in der Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrags vor jenem Ausscheiden des Angestellten aus der Versicherungspflicht und im Falle des § 177 mindestens

in derjenigen Gehaltsklasse, deren Beitrag diesem Pflichtbeitrag am nächsten liegt, entrichtet sind oder gültig nachentrichtet werden.

Artikel IV. — Neuversicherte werden auf Grund des § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der Versicherungspflicht rückwirkend auf den Tag ihres Beginns befreit, sofern der Befreiungsantrag bis einschließlich 31. Juli 1922 beim Rentenausschuß oder der Reichsversicherungsanstalt eingeht und bereits zu dem früheren Zeitpunkt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Befreiung im übrigen vorlagen.

Artikel V. — Befreiungen von der eigenen Beitragsleistung, die auf Grund der bisherigen Gesetze ausgesprochen sind oder noch ausgesprochen werden, bleiben bestehen. Der Abs. 3 des Artikels II des Gesetzes zur Ergänzung des Gesetzes über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 13. Dezember 1921 (RGBl. S. 1578) wird aufgehoben.

Neue Befreiungen von der eigenen Beitragsleistung sind unbeschadet des § 390 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht mehr zulässig.

Artikel VI. — Die Reichsregierung ist ermächtigt, im Falle des Bedarfs mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten die Grenze für die Versicherungspflicht zu ändern.

Artikel VII. — Das Gesetz tritt mit dem 1. Juli 1922 in Kraft.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zu den Gesetzen über Notstandsmaßnahmen von Rentenempfängern. (Schluß.)

IV. Welche Arten von Einkommen des Rentenempfängers werden teilweise angerechnet?

1. Eigenes Arbeitseinkommen des Rentenempfängers mit dem Betrage, der jährlich 2000 M., ab 1. April 1922: 4000 M. übersteigt. Arbeitseinkommen ist alles Einkommen aus einer verdienstgewährenden Tätigkeit, also nicht nur Lohn und Gehalt, sondern auch Einkommen aus freier Tätigkeit (z. B. als Künstler, Schriftsteller usw.), aus eigenem Gewerbe-, Handels- und landwirtschaftlichem Betriebe. Hierbei dürfte das Nettoeinkommen, unter Abrechnung der Betriebsunkosten und Werbungskosten, aber ohne Abzug dessen, was zum Lebensunterhalte benötigt wird, zu berechnen sein. Zu beachten ist, daß als Arbeitseinkommen des Rentenempfängers nur das gilt, was er durch seine *eigene* Arbeit verdient. Stecken im Reinertrag, z. B. eines landwirtschaftlichen Betriebes, auch die Arbeitserträge mitarbeitender Angehöriger, so müssen diese außer Betracht bleiben.

2. Mit dem die *Gesamtsumme* von jährlich 600 M., ab 1. April 1922: 1200 M. übersteigenden Betrage werden angerechnet:

a) Bezüge auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989) oder anderer Militärversorgungsgesetze. Nach § 5 AB. gelten als solche Bezüge auch widerrufliche Zuwendungen, Teuerungszulagen und Teuerungszuschläge, die im Vollzug dieser Gesetze aus Reichsmitteln gewährt werden. Hierher gehören auch die Bezüge nach dem sogen. Altrentnergesetz vom 18. Juli 1921 (RGBl. S. 953) und aus Mitteln der amtlichen sozialen Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge. Als „Bezüge" werden nur laufende Leistungen anzusprechen sein. Ob und inwieweit einmalige Reichnisse als anrechenbare Einkommensteile anzusehen sind, muß der Entscheidung des einzelnen Falles vorbehalten bleiben.

b) Bezüge aus knappschaftlicher Versicherung. Hier kommen in Betracht: Zuschußrenten, Pensionen und Unterstützungen, welche die Knappschaftsvereine oder Knappschaftskassen ihren Invaliden oder den Hinterbliebenen ihrer versicherten Mitglieder gewähren. Soweit es sich aber um reichsgesetzliche Bezüge handelt, soweit also z. B. Knappschaftsvereine als Sonderanstalten gemäß § 1360 RVO. auftreten, sind diese Bezüge genau so wie die der übrigen Invalidenrentner stets in *voller* Höhe in Ansatz zu bringen. Vgl. oben III 1.

c) Bezüge aus öffentlichen oder privaten Versicherungsunternehmungen. Die Träger der Sozialversicherung sind keine „Unternehmungen" in diesem Sinne. Vgl. oben III 1.

Als öffentliche Versicherungsunternehmungen sind z. B. anzusehen: Ruhegehaltskassen bei Reichs-, Staats- und Gemeindebetrieben, also auch Bezüge aus der Abteilung B der Arbeiterpensionskasse in Rosenheim. Als private Versicherungsunternehmungen können gelten: Lebensversicherungs- und Leibrentenanstalten, Pensionskassen usw. Sind Pensionskassen auch Ersatzkassen nach Maßgabe der §§ 372 bis 386 und 388 AVG., so sind deren Leistungen *insoweit* voll anzurechnen. Vgl. oben I 2 und III 1.

d) Bezüge aus privaten Unterstützungseinrichtungen, also z. B. aus Fabrik-, Gewerkschafts- und Genossenschaftskassen. Ob auf die Leistung ein Rechtsanspruch besteht, ist ohne Bedeutung. Es genügt, wenn z. B. auf Grund der Satzung Unterstützungen mit einer gewissen Regelmäßigkeit gewährt werden. Nach § 6 Abs. 2 Satz 2 AB. sind hingegen Unterstützungen, welche die private Wohlfahrtspflege ohne Rechtspflicht gewährt, überhaupt nicht zum Einkommen zu rechnen, sie bleiben also bei der Feststellung des Gesamtjahreseinkommens gemäß § 2 NG. außer Ansatz. Hierunter fallen besonders die einmaligen und laufenden Reichnisse der charitativen Vereine. Das Reichsarbeitsministerium hat es abgelehnt, Zuwendungen, die Arbeitgeber an invalide oder alte Arbeitnehmer, sei es aus besonderen Fabrikkassen, sei es aus allgemeinen Betriebsmitteln nach bestimmten Grundsätzen und mit einer gewissen Regelmäßigkeit, aber jedenfalls durchaus freiwillig, ohne Rechtsverbindlichkeit

geben, unter § 6 Abs. 2 AB. zu begreifen. Das Reichsarbeitsministerium steht hier auf dem Standpunkte, daß die Versorgung invalider Arbeiter zum Teil auch zu den Aufgaben leistungsfähiger Arbeitgeber gehöre, in deren Diensten der Arbeiter erwerbsunfähig geworden sei. Aus diesem Grunde sei es nicht gerechtfertigt, solche vom Arbeitgeber bezahlten laufenden Unterstützungen bei der Berechnung des Gesamtjahreseinkommens ganz außer Betracht zu lassen. Daher müßten solche Leistungen als Bezüge aus privaten Unterstützungseinrichtungen mit dem 600 M., ab 1. April 1922: 1200 M. übersteigenden Betrag angerechnet werden. Den von verschiedenen Seiten gegen diese Rechtsauffassung vorgebrachten Einwendungen wurde dadurch Rechnung getragen, daß das Gesetz vom 24. April 1922 — RGBl. S. 464 —, die Freigrenze in § 2 Abs. 5 NG. von 600 M. auf 1200 M. erhöht hat, so daß in Zukunft nur noch sehr hoch bemessene Arbeitgeberunterstützungen anrechnungspflichtig sind.

c) Bezüge aus Sparguthaben, also Zinsen aus selbst ersparten Kapitalvermögen, und zwar nicht aus solchem, das auf Sparkassen angelegt ist.

Der Betrag von 600 M., ab 1. April 1922: 1200 M. kann nicht etwa von jedem der unter IV 2a—e aufgeführten Bezüge für sich abgesetzt werden, er ist vielmehr bei der Gesamtsumme solcher Bezüge nur einmal in Abzug zu bringen.

Der Satz des § 2 Abs. 5 NG.: „Die Bezüge der Hinterbliebenen sind hierbei zusammenzurechnen", hat zu sehr erheblichen Zweifeln Anlaß gegeben.

Nach einer Mitteilung des Reichsarbeitsministeriums ist die Bestimmung dahin zu verstehen, daß bei sämtlichen Anträgen von Hinterbliebenen, die der Familie desselben Versicherten angehören, von den in § 2 Abs. 5 Satz 1 erwähnten Bezügen nur insgesamt 600 M., ab 1. April 1922: 1200 M. abzuziehen sind. Der Gesamtabzug von 600 M. bzw. 1200 M. ist auf den einzelnen Antrag im Verhältnis der Höhe der Bezüge der verschiedenen Hinterbliebenen zu verteilen, es darf nicht etwa nur bei einem der Hinterbliebenen der Abzug von 600 M. bzw. 1200 M. gemacht, bei den anderen Hinterbliebenen unterlassen werden.

Beispiel:

Dem Beispiel ist ein vor dem 1. April 1922 eingetretener Unterstützungsregelfall (§ 2 Abs. 1 und 2 NG.) zugrunde gelegt: Witwe mit Witwenrente von 700 M., Sparguthaben von 120 M. Zinsen und mit einer Militärrente von 600 M.

Drei Kinder mit je einer Waisenrente von 480 M. und einer Militärrente von je 360 M.

Die Berechnung stellt sich folgendermaßen dar:

1. Nach § 2 Abs. 1 sind auf das Gesamtjahreseinkommen voll anzurechnen:

a) Witwenrente . . . . 700 M.
b) Waisenrente 3 × (je 480) 1440 M.

2. Nach § 2 Abs. 5 sind mit dem insgesamt 600 M. übersteigenden Betrage anzurechnen:

a) Witwen-Militärrente . . 600 M.) 720 M.
Zinsen aus Sparguthaben 120 M.)
b) Waisen-Militärr. (je 360) 1080 M.

1800 M.
Abzug . . . . 600 M.

1200 M.

Da sich die Bezüge zu 2. a) und b) wie 2 : 3 verhalten, ist der Betrag von 600 M. im einzelnen bei 2. a) mit 240 M. bei 2. b) mit 360 M. abzusetzen, also

a) 720 — 240 = 480 M.
b) 1080 — 360 = 720 M.

zus.: 1800 — 600 = 1200 M.

3. Als anrechenbares Gesamtjahreseinkommen ergibt sich demnach:

a) für die Witwe 700 + 480 = 1180 M.
b) für die 3 Waisen 1440 + 720 = 2160 M.

4. Als Unterstützung sind somit zu zahlen:

a) an die Witwe 2100 — 1180 = 920 M.
b) an die 3 Waisen 3600 — 2160 = 1440 M.

3. Einkommen aus Unterstützung durch Angehörige wird insoweit auf das gesamte Jahreseinkommen angerechnet, als es in Erfüllung einer gesetzlichen Unterhaltspflicht oder vertraglich übernommenen Verpflichtung gewährt wird. § 2 Abs. 5 Schlußsatz NG. Unterhaltsleistungen, die über die gesetzliche Unterhaltspflicht oder vertragliche Verpflichtung hinausgehen, sind also anrechnungsfrei.

Hinsichtlich der Leistungen aus gesetzlicher Unterhaltspflicht ist ferner für ihre Anrechenbarkeit die tatsächliche Erfüllung oder Erfüllungsmöglichkeit vorausgesetzt. § 6 Abs. 2 Schlußsatz AB. Im letzteren Falle kann der Nachweis fruchtloser Pfändung von dem Rentenempfänger natürlich nicht gefordert werden. Erfüllungsmöglichkeit, die der tatsächlichen Erfüllung gleichzustellen ist, wird z. B. anzunehmen sein, wenn die über die Unterstützung entscheidende Gemeinde annehmen muß, daß die Unterhaltsgewährung unterbleibt, um den Rentenempfänger den Bezug der Notstandsmaßnahmen zu sichern.

Wie weit im einzelnen die Unterhaltspflicht geht und welche Leistungen über sie hinausgehen und daher nicht anrechenbar sind, wird sich nach den jeweiligen Verhältnissen, Einkommen usw. des Antragstellers und des Unterhaltspflichtigen zu richten haben.

Wem eine gesetzliche Unterhaltspflicht obliegt, bestimmt das bürgerliche Recht (vgl. bzgl. der Verwandten auf- und absteigender Linie §§ 1601, 1589 BGB., bzgl. der Ehegatten §§ 1360, 1361 BGB., bzgl. des unehelichen Vaters § 1708 BGB., bzgl. der unehelichen Mutter § 1705 BGB.). Nach den gleichen Vorschriften bemißt sich auch der Umfang der Unterhaltspflicht (vgl. bzgl. des Umfanges der Unterhaltspflicht der Eltern gegenüber den Kindern §§ 1603 Abs. 2, 1602 Abs. 2 BGB., der Kinder gegenüber den Eltern, der Großeltern gegenüber den Kindern und umgekehrt § 1603 Abs. 1 BGB., des Ehemannes gegenüber der Frau § 1360 Abs. 1 und 3 BGB. — bei Ehetrennung § 1361, bei Ehescheidung aus alleinigem Verschulden des Mannes §§ 1578 Abs. 1, 1579 BGB., bei Aufhebung der Ehegemeinschaft § 1586 BGB. — der Ehefrau gegenüber dem Mann § 1360 Abs. 2 und 3 BGB. — bei Ehetrennung § 1361, bei Ehescheidung aus Verschulden der Frau §§ 1578 Abs. 2. 1579 BGB. — des unehelichen Vaters § 1708 BGB.).

Maßgebend für die Höhe des gesetzlichen Unterhaltsanspruches ist, wenn ein Urteil vorliegt, dieses, sonst ist die Bestimmung Sache der die Unterstützung festsetzenden Behörde (vgl. bzgl. der Bewertung von Sachbezügen § 6 Abs. 2, Satz 1 AB.).

Da der Wert des erfüllten Unterhaltsanspruches sich in Anwendung des § 6 Abs. 2, Satz 1 AB. u. U. verhältnismäßig hoch bemißt, werden Waisenrentenempfänger, die von ihrer Mutter unterhalten werden, vielfach eine Unterstützung nicht erhalten können.

Da abgesehen von dem Fall der Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihren unverheirateten minderjährigen Kindern (§ 1603 Abs. 2 BGB.)

nicht unterhaltspflichtig ist, wer bei Berücksichtigung seiner sonstigen Verpflichtungen außerstande ist, ohne Gefährdung seines standesgemäßen Unterhalts den Unterhalt zu gewähren (§ 1603 Abs. 1 BGB.), so dürfte es, um die Feststellung des Unterhaltsanspruches nicht zu schwierig zu gestalten, für zulässig zu erachten sein, gewisse allgemeine Grundsätze für die Feststellung dieses sogenannten Notbedarfs aufzustellen. Als Anhaltspunkte können die Sätze der Erwerbslosenfürsorge dienen, und zwar in der Weise, daß dem Unterhaltspflichtigen die seinem Familienstand entsprechenden täglichen Höchstsätze der Erwerbslosenfürsorge verbleiben müssen. Wie schon in der Erwerbslosenfürsorge würde sich auch hier empfehlen, den selbständig erwerbenden Kindern auch über die Sätze der Erwerbslosenfürsorge hinaus einen angemessenen Teil ihres Arbeitsverdienstes zu belassen. Soweit bisher für die Feststellung des Notbedarfs andere Grundsätze, etwa das Gesetz über Lohnpfändung (Ges. vom 23. Dez. 1921 — RGBl. S. 1657) angewendet wurden, hat es hierbei sein Bewenden. Im übrigen sei noch folgendes zur Erläuterung bemerkt:

Die praktische Durchführung der Bestimmungen über die Anrechnung der Unterhaltsansprüche kann zu Schwierigkeiten führen besonders in den zwei häufigst wiederkehrenden Fällen, nämlich der gemeinsamen Haushaltführung mit Kindern und anderen unterhaltsverpflichteten Angehörigen (§ 1601 BGB.), ferner hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Ehegatten. Vielfach werden sich hier die Art der Einkommensbezüge vermischen, z. B. Einkommen aus erfüllter Unterhaltspflicht und Einkommen aus den gesetzlichen Ansprüchen nach dem ehelichen Güterrechte.

a) Liefern bei gemeinsamer Haushaltführung die Kinder als Gegenleistung für den Unterhaltsempfang eine feste Summe ab, so ist ohne weiteres von ihr der gesamte, tatsächliche Aufwand für den Unterhalt des betreffenden Kindes abzuziehen. Als Einkommen des Rentners in Anrechnung auf die Unterhaltspflicht des Kindes ist der abgelieferte Betrag nur insoweit anzusehen, als feststeht, daß die Zahlung des Kindes in ihrem Endergebnis die Haushaltskasse bereichert, und insoweit das sonstige, eigene Einkommen des Rentenempfängers zur Deckung seines Lebensbedarfes nicht ausreicht. U. U. wird auch ein Teilbetrag als Arbeitseinkommen — und zwar möglicherweise als abzugsfähiges Einkommen im Sinne des § 2 Abs. 4 RG. — für die den Haushalt führende Person (Mutter, Schwester) zu verrechnen sein, wenn diese als Rentenempfängerin für die Unterstützung in Betracht kommt.

Steuern die Kinder ihren ganzen Verdienst zum gemeinsamen Haushalte bei, so ist wieder für jedes Kind zunächst der volle Aufwand für den Unterhalt zu berechnen und von dem eingeworfenen Verdienstbetrag abzusetzen. Ist der Verdienst höher als der Abzug, so ist der Mehrbetrag als Einkommen des Rentenempfängers, und zwar herrührend aus der Unterhaltspflicht des Kindes anzusehen, jedoch nur insoweit, als sein eigenes Einkommen zur Deckung des Lebensbedarfes nicht ausreicht. Ist dies der Fall, geht also die Mehrleistung des an sich Unterhaltspflichtigen über diese Verpflichtung hinaus, so ist dieser Mehrbetrag gemäß § 2 Abs. 5, Satz 3 anrechnungsfrei. Für die gesondert zu behandelnde Anrechnung eines Teilbetrages des abgelieferten Arbeitsverdienstes als Entgelt für die Haushaltführung gilt u. U. das gleiche wie oben.

Sind beide Elternteile gegenüber Abkömmlingen unterhaltsberechtigt, so darf nicht der gesamte Mehrbetrag dem Rentenempfänger (in der Regel dem Ehemann) als Einkommen aus Unterhaltspflicht angerechnet werden, es ist vielmehr entsprechend zu teilen.

Beispiel:

Eine Altersrentenempfängerin mit einer Altersrente von 1000 M. führt ihrem unverheirateten Sohn den Haushalt und erhält von diesem vollen Unterhalt Es wird angenommen werden können, daß die Unterhaltsgewährung als Gegenleistung für die Haushaltführung erfolgt.

Als Wert des Unterhaltes ist z. B. anzusetzen . . . . = Arbeitseinkommen	5 600 M.
Freier Betrag gem. § 2 Abs. 4 RG.	4 000 M.
Anrechnungsfähiges Einkommen .	1 600 M.
Rente	1 000 M.
Gesamtbetrag des anrechnungsfähigen Einkommens	2 600 M.
Gem. § 2, Abs. 1 zu ergänzendes Gesamtjahreseinkommen . . .	3 000 M.
Unterstützung	400 M. jährlich.

b) Bei Ehegatten, die im gemeinsamen Hausstand leben, ist zu unterscheiden, ob nur ein Ehegatte Rentenempfänger ist oder beide. Ist nur ein Ehegatte Rentenempfänger — in der Regel wird es der Ehemann sein — so ist nur das jährliche Gesamteinkommen dieses Eheteiles zu ermitteln. Steht die Ehefrau im Verdienst oder hat sie selbständiges, sonstiges Einkommen, so sind solche Bezüge bei der Berechnung des Gesamtjahreseinkommens des Ehemannes diesem nur insoweit anzurechnen, als er unterhaltsberechtigt erscheint (wobei noch die weitergehende Bestimmung des § 6 Abs. 2 Schlußsatz AB. zu beachten ist) oder die Bezüge nach Güterrecht als sein Einkommen gelten. (Vgl. z. B. bezüglich der Allgemeinen Gütergemeinschaft und der Errungenschaftsgemeinschaft §§ 1438, 1519 BGB.)

Stets hat die Ehefrau nach §§ 1360, 1608 BGB. die Einrede des Notbedarfs; sie kann also verlangen, daß aus der gemeinsamen Hauskasse zunächst ihr standesgemäßer Lebensunterhalt bis zur Höhe der von ihr geleisteten Zuschüsse (z. B. aus Arbeitsverdienst) gedeckt wird. Nur soweit diese Zuschüsse den eigenen Bedarf der Ehefrau überschreiten, ist der Mehrbetrag in Höhe ihrer gesetzlichen Unterhaltsverpflichtung als Einkommen des Mannes anzusetzen. Sind beide Ehegatten Rentenempfänger, so ist für beide ihr Einkommen getrennt zu berechnen. Sind beide bedürftig und ohne Einnahmen aus Vermögen, so werden auch gegenseitige Unterhaltsansprüche nicht zu berücksichtigen sein.

V. Welche Arten von Einkommen des Rentenempfängers werden gar nicht angerechnet?

1. Unterstützungen, die die private Wohlfahrtspflege ohne Rechtspflicht gewährt. § 6 Abs. 2

Satz 2 AB. Vgl. oben Ziffer IV 2 d. Der Nachdruck dürfte auf „Rechtspflicht" liegen. Andernfalls müßte die Anrechnung eintreten, evtl. unter Berücksichtigung des § 2 Abs. 5 NG., vgl. oben Ziffer IV 2 d.

2. Öffentliche Armenunterstützung mit Ausnahme der ab 1. Oktober 1921 bis zum Tage der erstmaligen Unterstützungsauszahlung gewährten Armenunterstützung. § 11 AB. und oben Ziffer III 4.

3. Freiwillige Unterhaltsbeiträge oder Unterstützungen von Angehörigen, die über die gesetzliche Unterhaltspflicht oder vertraglich übernommene Leistungen hinausgehen. § 2 Abs. 5 Schlußsatz NG. und oben Ziffer IV 3.

VI. Einzelfragen.

1. Zweifel sind über die Frage entstanden, ob die Hinterbliebenen solcher Rentenempfänger, die nach dem 1. Oktober 1921, aber vor Veröffentlichung des Gesetzes gestorben sind, noch Antrag auf Gewährung der dem Rentenempfänger bei Lebzeiten an sich bis zu seinem Tode zustehenden Unterstützung stellen können.

Ferner über die Frage, ob die Hinterbliebenen eines Rentenempfängers, der zwar Antrag auf Unterstützung stellt, nach Antragstellung aber gestorben ist, die Unterstützung ab 1. Oktober 1921 bis zum Tode des Rentenempfängers beanspruchen können. Erstere Frage dürfte zu verneinen, letztere zu bejahen sein. Grundsatz ist, daß die Unterstützung das Schicksal der Rente teilt. Vgl. auch § 12 AB. Gemäß § 1302 RVO., der entsprechende Anwendung auch für die Unterstützung haben wird, sind der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt für die beim Tode des Rentenempfängers noch nicht abgehobenen Rentenbeträge, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Für die Angestelltenversicherung vgl. § 66 AVG. Diese Personen werden auch als berechtigt für die bis zum Tode des Rentners fälligen und noch nicht abgehobenen Unterstützungsbeträge anzusprechen sein, ja es wird ihnen wohl auch das Recht der Betreibung des Unterstützungsanspruches eingeräumt werden müssen, wenn etwa über den Antrag noch nicht entschieden sein sollte. Ist erst Antrag auf Rente gestellt, so wird § 1303 RVO. für die Unterstützung nicht entsprechend gelten, weil diese bereits den Rentenempfang voraussetzt.

2. Manche Rentenempfänger scheinen sich zu scheuen, die Unterstützung in Anspruch zu nehmen, weil ihnen bekannt ist, daß ihre Gemeinde mit einem Fünftel des Gesamtbetrages der Unterstützungen belastet bleibt und sind geneigt, auf einen Teilbetrag von 20 v. H. der ihnen an sich zustehenden Unterstützung zu verzichten. Ein solcher Verzicht ist als unzulässig zu erachten, da es sich dem Rentenempfänger gegenüber um eine einheitliche Fürsorgeleistung handelt. Die Verteilung der gesamten Lasten berührt nur das Innenverhältnis der Fürsorgeträger zum Reich. Durchaus unzulässig wäre es, wenn eine Gemeinde einen Druck auf ihre Rentner ausüben würde, um sie zu einem — an sich gar nicht zulässigen — Verzicht zu veranlassen.

3. Das Notstandsmaßnahmengesetz sieht eine Erstattung der Verwaltungskosten weder für die Träger der Notstandsmaßnahme noch für die mit dem Vollzug befaßten Behörden vor. Daher können auch Portoauslagen, welche gemäß Ziffer II 2 der Entschließung vom 5. Januar 1922 — Bayer. Staatsanzeiger Nr. 4 — den Bezirksämtern bei der Unterverteilung der Vorschüsse und Rückersätze erwachsen, nicht etwa auf die Notstandsmaßnahme verrechnet werden. Solche Ausgaben sind vielmehr wie die sonstigen Portoauslagen der unteren Verwaltungsbehörden zu verrechnen.

4. § 6 NG. bestimmt, daß die Gemeinden die den Unterstützungsberechtigten gegenüber Dritten zustehenden Unterhaltsansprüche durch Klage bei den ordentlichen Gerichten verfolgen können. Die Gemeinden werden hierdurch aktiv legitimiert, den Unterhaltsanspruch für den Unterstützungsberechtigten geltend zu machen. Dabei ist Zahlung an den Unterstützungsberechtigten, nicht an die Gemeinde zu beantragen.

Schrifttum.

Wegweiser durch die Sozialversicherung. Von W. Herrmann, Hilfsarbeiter im Reichsarbeitsministerium. Berlin 1922, Vossische Buchhandlung. 207 Seiten.

„Die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung, gemeinverständlich erläutert für Arbeitgeber und Versicherte" — so ist das Buch auf dem Titel näher gekennzeichnet, und dem entsprechen in der Tat Form und Inhalt dieser kurzen, systematischen Übersicht über unser Sozialversicherungsrecht, wie es sich aus den zwei großen organischen Gesetzen, Verordnungen und Ausführungsbestimmungen aller Art ergibt. Der Verfasser hat seine schwierige, aber dankbare Aufgabe mit großem Geschick gelöst, und wenn er nach dem Vorwort in Anspruch nimmt, eine „erschöpfende" Zusammenfassung geliefert zu haben, so kann man ihm auch dies zugestehen, da er selbst einschränkend hinzufügt: „befreit von jeder Belastung derjenigen Bestimmungen, die den Gebrauch in der Praxis erschweren können" — nämlich den Gebrauch „für Arbeitgeber und Versicherte". Ob nicht schon für diesen Leserkreis der völlige Verzicht auf den Nachweis irgendwelcher Gesetzesstellen sich als ein Mangel darstellen wird, mag zweifelhaft sein. Der Verfasser will aber, über den Titel des Buches hinaus, nach dem Vorwort auch für Studierende eine Einführung in die Sozialversicherung bieten. Unter diesem Gesichtspunkt ist der Mangel unzweifelhaft und empfindlich. Zur Information der Arbeitgeber und Versicherten über ihre Rechte und Pflichten wird die Zusammenfassung der Grundzüge in der Sprache des Verfassers meist — nicht immer! — genügen; dem Studierenden aber muß unbedingt durch Anführung der Gesetzesstellen der Weg gewiesen werden zur Aufsuchung mindestens der grundlegenden Normen in der Sprache des Gesetzes. Die Nachholung des in dieser Hinsicht Versäumten bei einer Neuauflage des Buches würde den Wert der vorliegenden tüchtigen Arbeit wesentlich erhöhen.

Handbuch des neuen Arbeitsrechts. Die neuen Gesetze und Verordnungen auf dem Gebiete des Arbeitsrechts der gewerblichen Arbeiter und Angestellten unter besonderer Berücksichtigung des Berg-

arbeitsrechts in Preußen. Mit Erläuterungen und Wörterverzeichnis herausgegeben von Oberbergrat Dr. jur. Wilhelm Schlüter, Abteilungsleiter am Oberbergamt in Dortmund. Sechste Auflage. Dortmund 1922, Verlag von Hermann Bellmann.

Das vorliegende Heft ist in Wahrheit keine neue Auflage, sondern nur ein Nachtrag von 29 Seiten zu der hier im Jahrg. 1920 S 317 angezeigten 7. Auflage. (Preis 10 M.; Preis des Handbuchs mit eingeheftetem Nachtrag 35 M.). Der Nachtrag enthält die inzwischen ergangenen Gesetze und Verordnungen, betreffend: Entsendung von Betriebsratmitgliedern in den Aufsichtsrat, nebst Wahlordnung; Einstellung und Entlassung von Arbeitern und Angestellten; Kündigungsbeschränkungen bei Schwerbeschädigten; Erwerbslosenfürsorge; Lohnpfändung; Einkommensteuer vom Arbeitslohn; Gewerbegerichtsgesetz. — Die wichtigeren Vorschriften sind durch Vorbemerkungen und Fußnoten sachgemäß erläutert. Der Zusammenhang des Nachtrags mit dem Handbuch ist durch Verweisungen hergestellt.

Rechtsfälle aus dem Arbeitsrecht, zum Gebrauch bei Übungen, zusammengestellt von Universitätsprofessor Dr. Walter Kaskel. Berlin 1922 bei Julius Springer. 50 Seiten. Preis 18 M.

Im Jahre 1916 haben Brunn und Kaskel in demselben Verlage eine Zusammenstellung von Rechtsfällen aus der sozialen Versicherung erscheinen lassen (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 860), die wie ein „Schlager" wirkte, da sie einem fühlbaren Bedürfnisse in zweckmäßigster Art entsprach. Stärker noch wird das gleiche Bedürfnis auf dem Gebiete des Arbeitsrechts hervorgetreten sein, bei dessen Neuformung und zum Teil grundstürzender Umgestaltung man sich bisher mit Gelegenheitsgesetzen zur Befriedigung dringendster Forderungen hat bescheiden müssen. Die naturgemäße Unübersichtlichkeit und Systemlosigkeit der in dieser Weise aufgehäuften Stoffmasse macht die „vielfach noch erschreckende Unkenntnis der mit dem Arbeitsrecht in Staats- und Selbstverwaltung befaßten Stellen" (wovon der Verfasser im Vorwort spricht), einigermaßen begreiflich und entschuldbar. Um so dankbarer ist das vorliegende Büchlein zu begrüßen, das in geschickter Weise 100 Rechtsfälle, wie sie im Leben täglich vorkommen, konstruiert und sie als ansprechende und anregende kleine Rätsel dem lernbegierigen juristischen Nachwuchs aufgibt. Auch mancher Inhaber einer jener Stellen „in Staats- und Selbstverwaltung" wird sich mit den aufgeworfenen Fragen nützlich und vergnüglich beschäftigen können. Der Verfasser hat sich, wie als Rechtskenner und Systematiker, so auch als Erzieher von neuem bewährt.

Praktikum des Arbeitsrechts. Von Privatdozent Dr. Hans Carl Nipperdey. Mannheim, Berlin, Leipzig bei J. Bensheimer. 87 Seiten. Preis 30 M.

Das gleichzeitige Erscheinen dieses Buches mit der hier besprochenen ähnlichen Arbeit von Kaskel (die Vorreden der beiden datieren vom März 1922) bezeugt, wie stark das Bedürfnis nach einem solchen Lehrmittel in den Kreisen der Lernenden und der Unterrichtenden sein mag. Es soll ein Hilfsmittel bei den akademischen Vorlesungen, bei Kursen für Praktiker und beim Selbststudium sein, vor allem aber den praktischen, mündlichen und schriftlichen Übungen innerhalb des Universitätsunterrichts dienen. Diesen Zweck werden die 225, überwiegend der arbeitsrechtlichen Praxis entnommenen Rechtsfälle bestens erfüllen. Sie können zugleich als Muster dafür dienen, wie man einen der rechtlichen Beurteilung unterliegenden Tatbestand knapp und doch klar darstellt.

Die Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15. 3. 22. Unter Mitwirkung von Dr. A. Drucker erläutert und herausgegeben von Prof. Dr. E. Dietrich, Wirkl. Geh. Ober-Medizinalrat. Achte Auflage des Foerster-Dietrichschen Kommentars. Berlin 1922 bei Richard Schoetz. 182 Seiten. Preis geb. 66 M.

Wir dürfen wiederum auf die anerkennenden Besprechungen der früheren Auflagen dieses geschätzten, in handliche Form gefaßten und dennoch inhaltsreichen, für Ärzte, Versicherungsträger, Gerichte und andere Behörden unentbehrlichen Kommentars verweisen. Der bei der Besprechung der 7. Auflage (ArbVers. 1920 S. 497) gerügte formale Mangel kommt für die neue Ausgabe nicht in Betracht. Die Einleitung ist wesentlich erweitert durch rechtsgeschichtliche Darlegung der Entwicklung der Grundgedanken und Zwecke, auf denen die Einführung einer staatlichen Taxe überhaupt und die ihr gegebene Gestaltung insbesondere beruht. Das ist wichtiges Auslegungsmaterial bei der praktischen Anwendung der Gebührenordnung. Neu aufgenommen ist noch die Reichsgebührenordnung für Zeugen und Sachverständige mit Erläuterungen. Das Buch bezeugt inhaltlich die genaue Sachkunde und in seiner Form die große praktische Gewandtheit des Herausgebers und seiner Mitarbeiter.

Sozialrentnernotstandsgesetz v. 7. 12. 21 (RGBl. S. 1533) in der Fassung der Novelle v. 24. 4. 21 (RGBl. S. 466). Textausgabe mit Einleitung, ausführlichen Erläuterungen und Sachregister. Von Oberregierungsrat Dr. Ernst Behrend. Berlin 1922, Vossische Buchhandlung. 70 Seiten. Preis 25 M.

Der Verfasser war bei der Ausarbeitung des Gesetzes und der zugehörigen Ausführungsverordnung als Referent tätig. Er hat die auf der Novelle beruhenden Änderungen in den Text des Gesetzes hineingearbeitet. Die später ergangenen Änderungen der Ausführungsverordnungen, insbesondere die eingreifenden Änderungen durch die Reichsverordnung v. 19. 5. 22 (RGBl. S. 483), konnten noch nicht berücksichtigt werden. In ihrer ursprünglichen Gestalt also sind mitgeteilt die Ausführungsbestimmungen für das Reich und für die Länder Preußen, Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Oldenburg, Mecklenburg-Schwerin und Mecklenburg-Strelitz. In der Praxis sind mancherlei Zweifel und Schwierigkeiten bei der Anwendung des Gesetzes hervorgetreten. Die einleitenden Bemerkungen des Verfassers über den Anlaß und die Rechtnatur der Notstandsmaßnahmen, die den Gegenstand des Gesetzes bilden, vor allem aber die Anmerkungen, die den Inhalt der einzelnen Gesetzesvorschriften klar erläutern und auch auf die landesrechtlichen Ausführungsbestimmungen eingehen, sind geeignet, die Erfassung des Rechtsstoffes zu erleichtern und einer verständigen Rechtsanwendung die Wege zu weisen.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Bedeutung irrtümlicher Angaben des Arbeitgebers über die Lohnhöhe.

1. **Nach Hamborn.** Antwort: Für die Höhe der Beiträge ist schlechthin nicht das vom Arbeitgeber in der Anmeldung angegebene, sondern das tatsächlich richtige Entgelt maßgebend. Hat sich der Arbeitgeber bei seinen Angaben geirrt, so sind die Beiträge entsprechend den tatsächlichen Verhältnissen zu berichtigen. Hat er hiernach zu viel gezahlt, so hat er Anspruch auf Erstattung der Mehrbeträge gemäß den Vorschriften über ungerechtfertigte Bereicherung (§ 812 BGB.).

Kassenzugehörigkeit der in Anstalten des Vereins für innere Mission mit häuslichen und anderen Diensten Beschäftigten.

2. **Nach M.** Antwort: Aus den beiden Auskünften des Bürgermeisters ergibt sich, daß die in den Zweiganstalten des Vereins für innere Mission — einem Hause für verwahrloste Kinder und einem Hause für gefallene Mädchen — beschäftigten Personen alle Arbeiten verrichten, die ein großer Haushalt mit sich bringt, daß sie in der Hauswirtschaft (in Küche, Haus, Nähsaal, Waschhaus, Garten), außerdem aber auch mit der Erziehung der Insassen tätig sind, und daß eine Teilung der Angestellten in Dienst für Hauswirtschaft und Dienst für Erziehung nicht besteht. Keinesfalls also sind die Angestellten nur mit den niederen häuslichen Arbeiten von Dienstboten, sondern in erheblichem Maße auch in dem auf Erziehung und Besserung gerichteten Betriebe beschäftigt. Deshalb ist § 439 RVO. anzuwenden, wonach diese letztere Beschäftigung für ihre Versicherung maßgebend ist (zu vgl. Entsch. des RVA. 2165, Amtl. Nachr. 1916 S. 379, ArbVers. 1916 S. 153). Sie würden daher zur allgemeinen Ortskrankenkasse, nicht zur Landkrankenkasse gehören. Da aber, wie der Bürgermeister es ausdrückt, sämtliche Hausbewohner eine Familie bilden, und da im Rechtssinne eine häusliche Gemeinschaft nicht nur bei einer natürlichen Person, sondern auch bei einer juristischen Person bestehen kann (zu vgl. Entsch. des RVA. 2056, Amtl. Nachr. 1915 S. 594, ArbVers. 1915 S. 594), so kann in Frage kommen, ob nicht gleichwohl einzelne jener Angestellten zur Landkrankenkasse gehören auf Grund des § 236 Abs. 2 RVO. und der Bekanntm. v. 23. 5. 14 (RGBl. S. 141, ArbVers. S. 401). Danach nämlich sind Mitglieder der Landkrankenkasse: Angestellte im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. (also die sogen. gehobenen Angestellten), die häusliche Dienste verrichten, sowie Lehrer und Erzieher, sämtlich sofern sie in die häusliche Gemeinschaft des Dienstberechtigten aufgenommen sind. Im vorliegenden Falle, wo nach Angabe des Bürgermeisters — wenn wir Sie recht verstehen — alle Angestellten sowohl häusliche als auch erzieherische Dienste leisten, würden hiernach diejenigen zur Landkrankenkasse gehören, die etwa eine im bezeichneten Sinne gehobene Stellung einnehmen (wie z. B. zweifellos die Hausvorsteherinnen), und ferner im Hinblick auf § 309 RVO. diejenigen, bei denen etwa die Tätigkeit als Erzieher, im Verhältnis zu den häuslichen Diensten, überwiegt.

Umgehung der Kassenlieferanten und der Kassenärzte.

3. **Nach Meinerzhagen.** Antwort: a) Wenn die Kasse es ablehnt, den vollen Preis für die Plattfußeinlagen, die der Versicherte sich selbst beschafft hat, zu bezahlen, so will sie sich offenbar auf § 375 Abs. 1 Satz 3 berufen. Ob aber diese Vorschrift anzuwenden ist, hängt davon ab, was unter Arzneimitteln zu verstehen ist. Dieser Begriff ist tatsächlich sehr bestritten. Er bildet wohl einen Gegensatz zum Begriff der Arznei und ist umfassender als dieser. Das Reichsgericht versteht unter Arzneimitteln in einem Urteil vom 25. März 1919 (ArbVers. 1919 S. 369) „alle zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung nötigen oder üblichen Mittel". Als Beispiel führt es Verbandstoffe an. Der unmittelbaren Krankheitsbehandlung dienen aber auch Plattfußeinlagen. Sie würden also gleichfalls unter den vom Reichsgericht aufgestellten Begriff fallen. Dies würde freilich nicht der Bedeutung entsprechen, die der tägliche Sprachgebrauch mit dem Worte „Arzneimittel" verbindet; denn er pflegt mechanische Heilmittel, wie z. B. Brillen, Bruchbänder, nicht zu umfassen. Indessen erscheint es doch sachgemäß, der Kasse die Befugnis zu gewähren, die Versicherten auch bezüglich solcher mechanischen Heilmittel auf ihre Lieferanten unter den Voraussetzungen des § 375 RVO. zu verweisen. Wollte man dies aber im Hinblick auf den Sprachgebrauch für bedenklich halten, so bietet sich für die Kasse ein anderer Weg, wenigstens die Mehrkosten der von anderer Seite gelieferten Heilmittel zu vermeiden. Die Kasse hat nur für den zur Beschaffung von Heilmitteln notwendigen Aufwand aufzukommen. Sie kann daher, wenn sie die Versicherten auf solche Bezugsquellen, in denen die Heilmittel in guter Beschaffenheit und zu angemessenen Preisen zu haben sind, hinweist, die Bezahlung der Mehrkosten ablehnen, die dem Versicherten durch Inanspruchnahme anderer Verkaufsstellen entstehen. (Vgl. ArbVers. 1916 S. 767 Ziffer 6.)

b) Ist wegen der besonderen Schwierigkeit des Einzelfalles die Behandlung durch einen Facharzt erforderlich, so kann die Kasse auf Grund des § 368 RVO. die Bezahlung eines Nichtkassenarztes ablehnen, wenn sie die erforderliche fachärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt zu gewähren vermag.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1361 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. August 1922 | Heft 23

Die Familienhilfe an Angehörige außerhalb des Haushalts des Versicherten.

Von Bürgermeister Friedr. Kleeis, Aschersleben.

Die meisten Krankenkassen, welche die Familienhilfe eingeführt haben, gewähren diese nur an Familienangehörige, die sich in der häuslichen Gemeinschaft des Versicherten befinden. Das hat seinen Grund in dem Wortlaut des § 34 der amtlichen Mustersatzung für Allg. Ortskrankenkassen, in dem es heißt: „Die Kasse gewährt Krankenpflege . . . an folgende versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten, die in seinem Haushalt leben . . .“ Aehnlich lautet auch § 34 des Entwurfs einer Kassensatzung vom Hauptverband der Ortskrankenkassen: „An versicherungsfreie Familienmitglieder des Kassenmitglieds, soweit dieses deren Unterhalt ganz oder doch in der Hauptsache aus eigenen Mitteln bestreitet und in seinem Haushalt leben, gewährt die Kasse: 1. Krankenpflege“ usw. Kein Wunder also, wenn diese Beschränkung des Kreises der anspruchsberechtigten Familienangehörigen in sehr viele Kassensatzungen übergegangen ist. Das ist eine Einrichtung, die im Widerspruch steht mit der sonst angestrebten Gleichmäßigkeit der Anspruchsberechtigung und der im Hinblick auf unsere Wohnungsnot neuerlichen Entwickelung der „häuslichen Gemeinschaft“. Viele Familien werden wider Willen getrennt. Soll der rein äußerliche Grund des oft auch nur vorübergehenden Nichtzusammenlebens die bei der heutigen wirtschaftlichen Not schwere Folge der Versagung des Anspruchs auf Familienhilfe haben?

In der Hauptsache werden davon auch die unehelichen Kinder betroffen, die von ihren Müttern in fremde Pflege gegeben werden müssen. Diese „Ziehkinder“ bedürfen der ärztlichen Hilfe und der Heil- und Stärkungsmittel meist in einem besonderem Maße. Ist doch die hohe Sterblichkeitsziffer gerade dieser Kinder hinreichend bekannt. Sie ist eine Folge der in der Regel ungenügenden gesundheitlichen Fürsorge für diese Pfleglinge, die doch häufig nur um des Gelderwerbs willen von „Pflegeeltern“ angenommen werden. In Erkrankungsfällen der Kinder wird die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe so lange wie möglich hinausgezögert, nicht selten auch ganz unterlassen. Wer soll den Arzt auch bezahlen? Das Pflegegeld reicht bei der Teuerung nicht hin und nicht her, die Kindesmutter ist zur besonderen Erstattung solcher Aufwendungen auch nicht gern bereit. Selbst wenn der uneheliche Vater nach § 1710 BGB. den Unterhalt für das Kind in der Gestalt einer Geldrente gewährt (was bekanntlich nicht immer der Fall ist), so ist in diesem in der Regel gerichtlich festgesetzen Unterhaltsbetrag, der den gesamten Lebensbedarf des Kindes decken soll, nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechts die etwa notwendige Aufwendung für ärzliche Hilfe eingeschlossen. Dazu reicht aber, namentlich heute, die „Geldrente“ nur in den seltensten Fällen. Ist die Unterbringung des Kindes durch die Gemeindebehörde (Armenamt, Wohlfahrtsamt,

Jugendamt usw.) geschehen, so liegen die Dinge ein wenig günstiger, denn dann kann die ärztliche Behandlung durch den Armenarzt erfolgen. Auch die Beschaffung der Heilmittel geschieht dann auf Kosten der Gemeinde. Jedermann weiß aber, wie umständlich diese Hilfe zu erlangen und wie beschränkt sie ist.

Das Provinzialwohlfahrtsamt Sachsen gab bekannt, daß infolge der jetzigen hohen Arztkosten die ärztliche Behandlung der Ziehkinder vollkommen unterbleibt, wodurch große gesundheitliche Schädigungen entstehen. Das Amt empfiehlt, diesen Schädigungen durch die Familienhilfe im Sinne des § 205 RVO. zu begegnen. Der Verband der Ortskrankenkassen im Bezirk der Landesversicherungsanstalten Sachsen-Anhalt hat deshalb den angeschlossenen Kassen den Wunsch zugehen lassen, die Praxis und die Satzungen so zu gestalten, daß dem unehelichen Kinde, das nach Lage des Dienstverhältnisses der Mutter mit dieser die Hausgemeinschaft nicht teilen kann, der Anspruch auf Familienhilfe ebenfalls zusteht.

Rechtlich ist das natürlich zulässig. Der § 205b RVO. lautet in dem hier in Frage kommenden Teile klipp und klar: „Die Satzung kann zubilligen: 1. Krankenpflege an solche Familienangehörige der Versicherten, welche darauf nicht anderweit nach dem Gesetz Anspruch haben.“ Dem Sinne nach ist dies dasselbe, was schon der ursprüngliche § 205 RVO. besagte. Wird die Krankenpflege nur den „im Haushalte der Mitglieder“ lebenden Angehörigen gewährt, so ist das eine Beschränkung, die eingeführt werden kann, aber nicht eingeführt werden muß. Soll die Beschränkung nicht bestehen, so ist nur der sie aussprechende Satz zu streichen. Es dürfte dann allerdings die Frage entstehen, ob nicht eine anders geartete Begrenzung des Kreises der anspruchsberechtigten Familienmitglieder festgelegt wird. In Betracht käme vielleicht ein Zusatz, daß der oder die Versicherte „g ä n z l i c h oder wenigstens in einem wirtschaftlich ins Gewicht fallenden Umfange t e i l w e i s e den Lebensunterhalt der Familienangehörigen bestreitet.“ Im Einzelfall hätte dann die Kasse das Maß des Unterhalts zu prüfen. Mit einer solchen Begrenzung können unangebrachte Gewährungen der Familienhilfe vermieden werden. Man denke an folgenden Fall: Eine Ehefrau verläßt ihren Eemann und lebt von diesem getrennt. Der Ehemann behält die Kinder. Da er selbständig ein Geschäft betreibt, hat er selbst hinsichtlich der Kinder keinen Anspruch auf Familienhilfe. Aber die Mutter hat sich eine Beschäftigung gesucht und besitzt Anrechte auf Familienhilfe. Es wäre aber widersinnig, diese dem Manne selbst oder auch nur jenen Kindern des wirtschaftlich gut gestellten Vaters zukommen zu lassen. Mit einer Bestimmung wie der Vorgeschlagenen wäre hier der Anspruch ausgeschlossen, da die Mutter sicher nicht zum Unterhalt des Mannes und der Kinder beitragen wird. Im Gegensatz zu diesem angeführten Ausnahmefall dürfte aber folgender Fall häufiger vorkommen: Ein uneheliches Kind befindet sich bei nahen Verwandten der ledigen Mutter, die als Hausangestellte einem Erwerb nachgeht. Sie kann nur sehr wenig, zeitweise auch nichts zum Unterhalt des Kindes beitragen und die Pflegeeltern sind in der Hauptsache auf die (auch unzulänglichen) Unterhaltsgelder des außerehelichen Vaters angewiesen. Diese Pflegeeltern sind auch arme und betagte Leute, aber sie behalten das Kind aus Liebe zu diesem und Entgegenkommen zur Mutter. Wäre es nicht gut, wenn auch hier ein Anrecht auf die Familienhilfe bestände? Immerhin ist zu empfehlen, zur Vermeidung von Mißbräuchen wenn keine w i r t s c h a f t l i c h e Fürsorge und Verbindung so doch wenigstens einen familiären Verkehr oder eine Ueberwachung der Erziehung zu fordern. Vielleicht kann das wie folgt in der Satzung ausgedrückt werden:

> „Die Kasse gewährt Krankenpflege nach § . . . der Satzung an solche Familienangehörigen der Versicherten, die darauf nicht anderweit nach der Reichsversicherungsordnung Anspruch haben und die von diesen gänzlich oder wesentlich unterhalten werden o d e r, soweit Kinder in Frage kommen, deren Erziehung sie überwachen. Als solche Familienangehörige sind anzusehen Ehegatten und Kinder, sofern letztere das 15. Lebens-

jahr nicht überschritten haben. Stief- und Pflegekinder des Versicherten haben nur dann Anspruch, wenn sie sich in der häuslichen Gemeinschaft des Versicherten aufhalten."

Anstatt Ehegatte könnte auch gesagt werden Ehefrau. Wenn aber hinsichtlich der Anspruchsberechtigung der Ehegatten die Voraussetzung des wesentlichen Unterhalts durch den Versicherten beibehalten wird, so ist hier eine mißbräuchliche Anwendung ausgeschlossen. Es ist dann bei der Wahl des Wortes Ehegatten der Fall in die Fürsorge eingeschlossen, daß ein Ehemann von der Ehefrau unterhalten wird, weil er erwerbsbeschränkt ist.

Eine Beschränkung auf solche Familienmitglieder, die sich im Kassenbezirk aufhalten, kann nicht getroffen werden. Es ist also der Fall denkbar, daß der oder die Versicherte im Kassenbezirk, das fürsorgeberechtigte Kind aber weit außerhalb wohnt. Es ist hier sinngemäß die Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1921 S. 273) anzuwenden, wonach die Gewährung satzungsmäßiger Mehrleistungen in der Gestalt von Familienhilfe selbst dann nicht auf die innerhalb des Kassenbezirks wohnenden Mitglieder mit Familienangehörigen beschränkt werden darf, wenn von diesen Versicherten Zusatzbeiträge (§ 384 Abs. 2 Satz 1 RVO.) erhoben werden. Aehnlich sagt auch eine andere Entscheidung (Amtl. Nachr. 1921 S. 173): Eine Satzungsbestimmung, die für versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten innerhalb des Kassenbezirks freie Behandlung durch Kassenärzte, außerhalb des Kassenbezirks statt dessen die Gewährung barer, die Kosten der ärztlichen Behandlung im allgemeinen nicht deckender Beihilfen vorsieht, widerspricht dem Grundsatz der Gleichberechtigung der Kassenmitglieder und ist unzulässig.

Es ist zwar hier anscheinend nur die Rede von innerhalb und außerhalb des Kassenbezirks wohnenden K a s s e n m i t g l i e d e r n, die gleichmäßig in ihren Anrechten behandelt werden sollen, aber das muß auch gelten für Familienangehörige, wenn sie allein und getrennt von dem Versicherten wohnen. Man muß hier davon ausgehen, daß genau genommen die Anspruchsberechtigung auf Familienhilfe nicht den Versicherten, sondern den Angehörigen zusteht. Nach dem früheren Krankenversicherungsgesetz war die Gewährung der Krankenpflege zugelassen „für" Familienangehörige. Nach der Reichsversicherungsordnung ist sie aber „an" Familienmitglieder zugebilligt. Die Literatur ist überwiegend der Meinung (vergl. H a h n, Handbuch der Krankenversicherung, Anmerkung 2d zu § 205), daß dies keine Zufälligkeit ist, sondern ausgedrückt werden soll, daß die Familienmitglieder unmittelbar die Anspruchsberechtigten sein sollen. Demgemäß spricht das Gesetz mit Vorbedacht auch an verschiedenen Stellen von den nach § 205 „berechtigten Familienmitgliedern." Diese Auffassung ist auch in der Beratung in der Reichstagskommission klar zutage getreten u. a. dadurch, daß ein Regierungsvertreter, ohne Widerspruch zu finden, erklärte, die Familienhilfe werde dem Familienmitglied aus eigenem Rechte gewährt. Die praktische Bedeutung dieser Auffassung tritt besonders darin zutage, daß jetzt das Familienmitglied sowohl der Kasse gegenüber als auch vor Behörden zur Geltendmachung des Anspruchs berechtigt ist, ferner darin, daß ein Armenverband, der das Familienmitglied unterstützt hat, dafür aus d e s s e n Anspruch gegen die Krankenkasse Ersatz nach §§ 1531 ff. beanspruchen kann.

So wenig man aber die Anwartschaften der Versicherten auf Mehrleistungen verschieden bemessen darf, gleichviel ob sie im oder außer dem Kassenbezirk wohnen, so wenig darf man auch die Ansprüche der Familienangehörigen verschieden bemessen, weil sie die eigentlichen Anrechtsträger sind. Eine andere Handhabung wäre übrigens auch in der Sache zuweilen recht widerspruchsvoll. Nehmen wir an, eine Kassensatzung beschränkt den Anspruch der Familienangehörigen nicht auf Zugehörigkeit zum Haushalt. Ein Versicherter hat 2 Kinder, die beide, da er Witwer ist, sich nicht bei ihm befinden. Das eine, das im Kassenbezirk untergebracht ist, hätte Anspruch, das andere, das gerade im nächsten Haus über die Ortsgrenze sich befindet, hätte kein Anrecht. Das wäre gerade die Ungleichheit, die das Reichsversicherungsamt bekämpfen will.

Trotz der wirtschaftlichen Krise, in der sich jetzt die Krankenversicherung befindet, kommen immer noch viele Krankenkassen dazu, die Familienhilfe einzuführen oder zu erweitern. Es sei ihnen hierbei dringend empfohlen, von der Beschränkung auf die Haushaltsmitglieder abzusehen. Die Angehörigen von Ledigen oder solchen von Personen ohne eigenen Hausstand sind in der Regel in größerem Umfange hilfsbedürftig.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Formale Versicherung (§ 213 RVO.) bei Wandergewerbetreibenden.

Urteil des **Oberversicherungsamts Düsseldorf** (Datum nicht ersichtlich).

Ein Wandergewerbetreibender hat seine Ehefrau als Gehilfin in seinem Wandergewerbeschein eintragen lassen und meldete sie zu Beginn des Jahres 1920 bei der Ortskrankenkasse D. an. Am 2. 10. 1920 kam die Ehefrau nieder und mußte infolge schwerer Krämpfe am 5. 10. 1920 ins Krankenhaus überführt werden. Die Kasse verweigerte die Ausstellung eines Krankenscheines, weil die Ehefrau wegen der Beschäftigung im Betriebe ihres Mannes nicht versicherungspflichtig sei. Wenn auch die Kasse bereits über 3 Monate die Beiträge angenommen habe, so sei in diesem Falle der § 213 RVO. nicht anwendbar, weil die Beiträge für die im Wandergewerbe Beschäftigten nur als Sicherung gedacht seien und auch nur für eine bestimmte Zahl von Personen, nicht für bestimmte Personen geleistet seien (Anm. 6 zu § 459 im Kommentar H o f f m a n n).

Das Versicherungsamt ließ dahingestellt, ob diese Auffassung der Kasse zutreffe. Jedenfalls sei die Behauptung des Beschwerdeführers, er habe seine Frau, die bei dem Umherziehen vielen gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt sei, auf jeden Fall f r e i w i l l i g v e r s i c h e r n wollen, erheblich und nach den Umständen glaubhaft. Daraufhin verurteilte das Versicherungsamt die Kasse zur Gewährung der „üblichen Leistungen“(!).

Die Kasse legte Berufung ein und führte aus: Zur Erlangung der freiwilligen Kassenmitgliedschaft sei ein entsprechender Antrag erforderlich, dem nach § 6 Abs. III der Kassensatzung ein ärztliches Gesundheitszeugnis beigefügt werden müsse. Die Vorlegung eines solchen Zeugnisses habe die Klägerin unterlassen und es sei auch aus der Anmeldung zur Kasse der Wille, sich f r e i w i l l i g zu versichern, nicht zu erkennen. Ferner seien überhaupt keine Kassenbeiträge gezahlt, sodaß, die Richtigkeit der angefochtenen Entscheidung vorausgesetzt, auch die angebliche freiwillige Mitgliedschaft gemäß § 10 Abs. III der Satzung am Tage der Erkrankung erloschen war. Der von dem Ehemann der Klägerin hinterlegte Betrag sei nicht für die freiwillige Versicherung gezahlt, sondern als Sicherheit bei der Kasse hinterlegt, um eine Bescheinigung zur Erlangung der polizeilichen Genehmigung zum Mitführen von Begleitpersonen im Wandergewerbe zu erhalten. Das Oberversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden G r ü n d e n:

Wie von keiner Seite bestritten wird, war die Ehefrau des Klägers auf Grund ihrer Beschäftigung im Wandergewerbe ihres Mannes nicht versicherungspflichtig, sodaß nur Streit darüber besteht, o b s i e a u f G r u n d d e r B e i t r a g s h i n t e r l e g u n g ihres Ehemannes als freiwillig versichert zu gelten hat. Grundsätzlich ist die freiwillige Versicherung an eine ausdrückliche Willenserklärung geknüpft, in der der Betreffende zu erkennen gibt, daß er beabsichtigt sich freiwillig zu versichern. Während nach Ansicht der Beklagten eine solche Willensäußerung des Klägers nicht vorgelegen hat, vertritt das Oberversicherungsamt in Uebereinstimmung mit den Ausführungen der Vorinstanz den gegenteiligen Standpunkt, denn wenn der Kläger in seinem Schreiben vom 15. Januar 1921, er habe seine Frau freiwillig versichern wollen, um sie vor gesundheitlichen Gefahren, die das Wandergewerbe mit sich bringe, zu schützen, so ist daraus zu schließen, daß auch die Beitragshinterlegung nicht nur in der Absicht erfolgte, um den Wandergewerbeschein auf die Ehefrau ausgedehnt zu erhalten, sondern auch um dieselbe gegen Krankheit freiwillig zu versichern. Das Fehlen des nach § 6 Abs. III der Kassensatzung für die freiwillige Versicherung geforderten ärztlichen Gesundheitszeugnisses ist damit zu erklären, daß dem Kläger diese Satzungsbestimmung nicht bekannt war. Auch ist er von Seiten der Kasse über dieses Erfordernis nicht aufgeklärt worden. Der Berufung war daher der Erfolg zu versagen.

A n m e r k u n g: Die Begründung der Entscheidung ist verfehlt. Der freiwillige Beitritt zur Kasse ist, wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2344 (Amtl. Nachr. 1917 S. 465, Arb. Vers. 1917 S. 609) dargelegt hat, rechtsunwirksam, wenn die Satzung das Recht zum Beitritt gemäß § 176 Abs. 3 RVO. von der Vorlegung eines Gesundheitszeugnisses abhängig macht, ein solches aber nicht vorgelegt worden ist. Demgegenüber ist es ohne Belang, ob der Kläger die Notwendigkeit dieses Erfordernisses gekannt hat oder nicht. Nur darauf kam es also an, ob die Voraussetzungen der formalen Versicherung nach § 213 RVO. gegeben sind, und diese Frage ist allerdings zu bejahen (zu vgl. die angeführte Entsch.), da die Frau nach § 159 RVO. nicht versicherungspflichtig und wegen Fehlens des Gesundheitszeugnisses nicht versicherungsberechtigt war und da ferner die Kasse tatsächlich die Beiträge für drei Wochen ununterbrochen und unbeanstandet angenommen hat. Das gilt für die im Wandergewerbe Beschäftigten nicht weniger als für andere. Der Arbeitgeber hat nach § 460 RVO. bei der Anmeldung die Beiträge für die Zeit bis zum Ablauf des Wandergewerbescheins im voraus zu „entrichten“. Umfaßt diese Zeit mindestens drei Monate und hat die Kasse die Beiträge für diese Zeit angenommen und weder alsbald noch später im Laufe der drei Monate beanstandet, so sind die Voraus-

setzungen des § 213 RVO. erfüllt. Hiernach sind die Entscheidungen wenigstens im Ergebnis richtig, wenngleich die Verurteilung zu den „üblichen Leistungen" recht übel ist.

Dienstordnungsvorschriften über Befähigungsnachweis (Prüfung) für Kassenangestellte.

Entscheidung des bayer. Landesversicherungsamts v. 30. Mai 1922 (K. b. 5./22).

Nach den Beschlüssen der Kassenorgane sollen Stellen der Besoldungsgruppen VI nur jenen Angestellten übertragen werden können, welche u. a. die — von der Kasse in ihrer Dienstordnung eingerichtete — Prüfung für den mittleren Kassendienst oder die Staatsprüfung für den mittleren Arbeiterversicherungsdienst, sofern sie sich letzterer Prüfung freiwillig unterziehen wollen, erfolgreich bestanden haben; wer eine dieser Prüfungen bestanden hat, soll ohne weitere Prüfung unter der Voraussetzung der durch eine sechsmonatige Probezeit nachgewiesenen Befähigung in Stellen der Besoldungsgruppe VII und höherer Gruppen befördert werden können (§ 10 des Entwurfes der Dienstordnung). Nach den Beschlüssen der Kassenorgane sollen ferner Angestellte, die schon vor den 1. 4. 20 zu Oberassistenten befördert worden sind und an diesem Tag oder bis zur Beförderung zum Sekretär sich in mindestens fünfjähriger Beschäftigung bewährt haben, von der Ablegung der Prüfung für den mittleren Kassendienst befreit sein (§ 85 des Entwurfes).

Das Oberversicherungsamt versagte hierzu die Genehmigung. Es hatte die Abänderung der Bestimmungen dahin gefordert, daß die Uebertragung einer Stelle der Besoldungsgruppe VII oder eine höhere Besoldungsgruppe von der erfolgreichen Ablegung der Staatsprüfung für den mittleren Arbeiterversicherungsdienst abhängig zu machen sei, welcher im Einzelfalle die Staatsprüfung für den mittleren Staats- und Gemeindedienst gleichgestellt werden könne; ferner dahin, daß die im § 85 erwähnten Angestellten, wenn sie am 1. 4. 20 das 35. Lebensjahr vollendet haben, bei sonstigen vollkommenen Nachweis der Befähigung zur Beförderung in die Besoldungsgruppe VII oder in eine höhere Gruppe auch von der Staatsprüfung für den mittleren Arbeiterversicherungsdienst befreit sind.

Die Kasse erhob Beschwerde mit folgender Begründung: Die Stellungnahme des Oberversicherungsamts bedeute einen unberechtigten Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Kasse. In der RVO. sei die Ablegung einer Staatsprüfung nicht vorgeschrieben; sie habe ihr nicht einmal besondere Bedeutung beigemessen, sonst wäre sie in § 355 ebenso unter den wichtigen Gründen für die Nichtgenehmigung einer Dienstordnung aufgezählt worden, wie das auffällige Mißverhältnis zwischen Zahl und Besoldung der Kassenangestellten zu ihren Aufgaben. Die Forderung der Staatsprüfung sei weder im Reich noch in Bayern allgemein durchgeführt; es fehle selbst ein Hinweis auf sie in der Musterdienstordnung. Die Festsetzung der Altersgrenze von 35 Jahren in der Uebergangsvorschrift des § 85 sei gar nicht veranlaßt, da von ihr nur 17 Oberassistenten betroffen würden, während 112 diese Altersgrenze schon überschritten hätten; für diese 17 bedeute die Vorschrift eine Beeinträchtigung.

Das Landesversicherungsamt hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Nach § 352 RVO. muß die Dienstordnung die Rechts- und allgemeinen Dienstverhältnisse der Angestellten, insbesondere der Nachweis ihrer fachlichen Befähigung usw. regeln und nach § 355 des Gesetzes bedarf die Dienstordnung der Genehmigung des Oberversicherungsamts, welche nur aus einem wichtigen Grunde versagt werden darf, insbesondere wenn Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Aufgaben steht. Das Gesetz selbst enthält keine weiteren Vorschriften darüber, wie der Nachweis der fachlichen Befähigung zu gestalten sei. In dem Entwurf einer RVO. (S. 63) war als § 364 Abs. 1 vorgesehen: „Die oberste Verwaltungsbehörde kann allgemein bestimmen, welche geschäftliche Befähigung die mit der Kassen- und Rechnungsführung beschäftigten Angestellten haben müssen." Nach dem Komm. Bericht II S. 238 ff. bemerkte ein Redner zu einem auf Streichung dieser Bestimmung abzielenden Antrag „diese der obersten Verwaltungsbehörde zugedachte Befugnis schränke die Freiheit der Kasse zu sehr ein", worauf ein anderer Redner entgegnete, „da ein weiterer zur Sache vorliegender Antrag überhaupt die Nichtgenehmigung der Dienstordnung vorsehe, würde dann nichts im Wege stehen, die Ansprüche an die geschäftliche Befähigung auf einem sehr niedrigen Niveau zu halten; wenn nun § 364 Abs. 1 gestrichen werden solle, dann müsse auf alle Fälle der Nachweis der fachlichen Befähigung in der Dienstordnung gesichert werden." Der Regierungsvertreter sprach für die Aufrechterhaltung des § 364 Abs. 1, „der nur für die mit der eigentlichen Kassen- und Rechnungsführung befaßten Angestellten und Beamten gelte; die Aufgaben der Kassen- und Rechnungsführung pflegten gewisse besondere Anforderungen an die Vorbildung der damit betrauten Personen zu stellen; diese besonderen technischen Kenntnisse könne man ohne Schwierigkeit in Vorschriften über die notwendige Ausbildung und in einer Prüfungsordnung erfassen." In den 3 Lesungen wurde dann der § 364 des Entwurfes ohne Begründung abgelehnt und der § 352 RVO. in seiner derzeitigen Fassung festgesetzt.

Es ist also die Frage zu prüfen, ob im vorliegenden Fall dem Oberversicherungsamt „ein wichtiger Grund" zur Seite steht, wenn es als Voraussetzung für das Vorrücken der Kassenangestellten in die Besoldungsgruppe VII und in die höheren Gruppen die Ablegung der „Kassenprüfung" für unzulänglich bezeichnet und dafür das Bestehen der obenbezeichneten staatlichen Prüfungen fordert.

In der Begründung zur RVO. S. 209 und in den grundsätzl. Entsch. des RVA. in Amtl. Nachr. 1914 S. 769 und 1915 S. 588 ist ausgeführt, „daß es sich bei Aufstellung und Aenderung von Dienstordnungen um Fragen der Organisation der Krankenkassen und der bundesstaatlichen Regelung der Beamtenverhältnisse handle" und daß die Dienstordnung „im Verwaltungsweg erlassen werde"; deshalb sei auch die Verbescheidung von Beschwerden gegen einschlägige Entscheidungen der Oberversicherungsämter der obersten Verwaltungsbehörde übertragen worden. Danach kann es keinem Bedenken begegnen, wenn die oberste Ver-

waltungsbehörde zwecks bundesstaatlicher Regelung dieser Beamtenverhältnisse den ihnen dienstlich unterstellten Oberversicherungsämtern, welche ohnedies „auf eine gewisse Gleichmäßigkeit der Dienstordnungen in ihren Bezirken Rücksicht nehmen“ sollen (Begr. zur RVO. S. 209) allgemeine Weisungen gibt. Das Ministerium für soziale Fürsorge hat nun mit Entschließung vom 2. August 1920 den Grundsatz ausgesprochen, daß die Besoldungsverhältnisse der Kassenangestellten jenen der bayer. Staatsbeamten nach dem Beamtenbesoldungsgesetze vom 2. Juni 1920 anzugleichen sind und ausgehend von dem Gedanken, daß gleichen Rechten auch gleiche von der Sache untrennbare Pflichten entsprechen, auch Weisungen für die Regelung der Titel-, Urlaubs-, Vorrückungs-, Aufwandsentschädigungs- und Versorgungsfrage im Sinne dieses Gesetzes gegeben und in der Prüfungsfrage folgendes festgesetzt: „Die Oberversicherungsämter werden ihren ganzen Einfluß dahin geltend machen, daß der Nachweis der fachlichen Befähigung (§ 352 RVO.) eine Ausgestaltung erfährt, wie er sowohl der Wichtigkeit der dienstlichen Stellung wie der nunmehrigen Regelung der Besoldungsverhältnisse entspricht. Die Ablegung der Prüfung für den mittleren Arbeiterversicherungsdienst nach der Ministerial-Bekanntmachung vom 22. März 1920 (MABl. S. 59) ist hierfür der vorgezeichnete Weg. Die Erreichung der Gruppe VI sollte künftighin grundsätzlich von der Ablegung dieser Prüfung abhängig sein. Es darf von den Kassenorganen erwartet werden, daß sie in eigenem Interesse diese Forderung zu würdigen wissen.“ Diese Weisung verstößt nicht gegen Bestimmungen der RVO., auch nicht gegen *Absichten* der Gesetzgeber; denn nach der oben mitgeteilten Geschichte des einschlägigen Gesetzesparagraphen ist lediglich davon abgesehen worden, *im Gesetze selbst* eine Sonderbestimmung über die Regelung des Nachweises der fachlichen Befähigung zu treffen; diese Regelung sollte vielmehr — wie andere herausgehobene Punkte — zum notwendigen Inhalt einer jeden Dienstordnung gehören und dem Verfahren nach § 355 RVO. unterstellt werden.

Wenn nun das Oberversicherungsamt der Weisung des vorgesetzten Ministeriums in seinem Bezirk zum gleichmäßigen Vollzug verhilft, so geht es nicht fehl. Wenn die Angestellten der Krankenkassen der Angleichung ihrer Bezüge, ihrer sonstigen wichtigen Rechte an jene der vergleichsfähigen Gruppen der Staatsbeamten teilhaftig wurden, so ist es eine selbstverständliche Forderung, daß sie, wie die Staatsbeamten, auch die Voraussetzungen hierfür zu erfüllen haben; es würde jeder Gerechtigkeit widersprechen, aus den Festsetzungen über die staatlichen Beamtenverhältnisse nur das dem Kassenangestellten Vorteilhafte (z. B. die Besoldungs- und Versorgungsmaßstäbe, die Urlaubsbestimmungen) zu übernehmen, dagegen die weniger günstigen Bestimmungen, insbesondere die schwieriger zu erfüllenden Voraussetzungen, z. B. für die Vorrückung in die vergleichsfähigen höheren Besoldungsgruppen abzulehnen.

Nach der Ministerialbekanntmachung vom 22. März 1920 (MABl. S. 59) können Beamte des staatlichen mittleren Arbeiterversicherungsdienstes künftighin in die Besoldungsgruppe VI oder in eine höhere Gruppe nur befördert werden, wenn sie die staatliche Prüfung für den mittleren Arbeiterversicherungsdienst oder jene für den mittleren Staats- und Gemeindeverwaltungsdienst bestanden haben. Die im §§ 11 mit 14 der vorgelegten Dienstordnung vorgesehene Regelung der „Kassenprüfung“ für den mittleren Kassendienst entspricht aber bei weitem nicht den strengen und verlässigeren Vorschriften in der staatlichen Prüfungsordnung, namentlich was dem Umfang des Prüfungsstoffes und das Verfahren bei Bearbeitung und Auswahl der einzelnen Prüfungsaufgaben, bei der Beurteilung der einzelnen Arbeiter und bei der Feststellung des Prüfungsergebnisses anbelangt. Die Gewähr für die Geheimhaltung der Aufgaben und für die vollständig unbefangene Beurteilung der Arbeiten, wie sie bei der staatlichen Prüfung besteht, kann bei einer Prüfung innerhalb einer einzelnen Kasse wegen des kleinen Kreises und der engen Beziehungen der Beteiligten gar nicht geschaffen werden; hier würde der Prüfling häufig schon an der Schrift erkannt werden; es *liegt daher in der Einführung einer der staatlichen Prüfung keineswegs gleichwertigen Kassenprüfung ein Verstoß gegen den Grundsatz der Angleichung der Verhältnisse der Kassenangestellten an jene der Staatsbeamten*, welcher dem Oberversicherungsamt den „wichtigen Grund“ für die Versagung der Genehmigung zur Regelung der Vorrückungsbedingungen in § 10 des Dienstordnungsentwurfes an die Hand gibt. Die Stellungnahme des Oberversicherungsamts München ist übrigens im vorliegenden Fall für die Angestellten der Ortskrankenkasse München-Stadt noch günstig insofern, als es die staatliche Prüfung erst für die Vorrückung in die Gruppe VII fordert, während die Ministerialentschließung vom 2. August 1920 sie bereits als Voraussetzung für die Erlangung einer Stelle in Gruppe VI festgesetzt wissen will.

Für die Uebergangsbestimmung in § 85 des Entwurfs gelten die gleichen Ausführungen. Die Einsetzung einer Altersgrenze, von der ab die erfolgreiche Ablegung der Prüfung nicht mehr verlangt werden kann, ist notwendig, weil auch für die staatlichen Beamten des mittleren Arbeiterversicherungsdienstes eine solche Grenze, und zwar mit dem 40. Lebensjahr festgesetzt ist. Es bedeutet ebenfalls ein Entgegenkommen des Oberversicherungsamtes München, wenn es hier die Befreiung von der Prüfung schon vom 35. Lebensjahr an zugestehen will. Das besondere Bedenken der zur Sache vorschriftsgemäß gehörten Kassenangestellten gegen eine solche Bestimmung, als würden durch sie die Kriegsteilnehmer besonders beeinträchtigt, entfällt durch den Hinweis auf die Ministerialbekanntmachung vom 26. August 1920 (MABl. S. 308), durch welche für Kriegsteilnehmer

besondere, weitgehende Vergünstigungen bei Ablegung der Staatsprüfung geschaffen wurden, und auf die Erwägung, daß auch in diesem Punkte die Kriegsteilnehmer unter den Kassenangestellten nicht günstiger zu stellen sind, als die Kriegsteilnehmer unter den Staatsbeamten.

Nach all dem erweist sich die Stellungnahme des Oberversicherungsamts auch nicht als ein unberechtigter Eingriff in das auf dem Gebiet der Dienstordnung durch § 355 RVO. wesentlich eingeschränkte Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen.

Sprechsaal.

Fortzahlung von Tagelohn bei unverschuldeter Dienstbehinderung durch Krankheit.

Von einem Arbeitgeberverbande geht uns folgende Zuschrift zu: In der Auskunft im Heft 13 S. 287 Ziff. 1 wird die Meinung geäußert: „Wenn der Arbeiter bereits 40 Tage Dienst getan hatte und dann 16 Tage lang arbeitsunfähig erkrankt war, so wird man wohl bei einigem Wohlwollen diese Zeit noch als „verhältnismäßig nicht erheblich" gelten lassen können." — Wir meinen aber, daß wohl kaum ein Gericht zu einem solchem Urteil gelangen wird; denn nach ständiger Praxis wird das Verhältnis der Behinderungsdauer zur Gesamtdauer der geleisteten Dienste in Rücksicht gezogen. Wenn aber ein Arbeitnehmer bei einer Gesamtdienstzeit von 56 Tagen, 16 Tage, das sind 28% seiner Dienstzeit, arbeitsunfähig ist, so wird, selbst bei größtem Wohlwollen, eine „verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" nicht angenommen werden können. Die Praxis der Gewerbegerichte in Normalfällen geht dahin, eine Versäumnis als nicht erheblich anzusehen, wenn sie die Dauer der Kündigungsfrist nicht überschreitet. — Es ist bedauerlich, wenn in einem neutralen Blatte eine derartige Auskunft erteilt wird. Erfahrungsgemäß werden derartige, dem Arbeitnehmer günstige Beispiele von der Arbeiterpresse übernommen und verbreitet; die weitere Folge ist die, daß sowohl bei Tarifverhandlungen wie auch bei Einzelstreitigkeiten im Betrieb über Anwendungsfälle des § 616 BGB. störende Reibungen erzeugt werden; denn natürlich klammert sich die Arbeitnehmerpartei mit großer Zähigkeit an ein derartiges Beispiel, das im vorliegenden Fall u. E. weder mit dem Sinn der behandelten Rechtsvorschrift noch auch mit der tatsächlichen Rechtprechung über diesen Punkt im Einklang steht." —

Hierzu haben wir folgendes zu bemerken: Nichts liegt uns selbstverständlich ferner, als Rechtsfragen der vorliegenden Art von einem einseitigen Partei- oder Interessentenstandpunkt aus zu beurteilen, und unsere Auskunft läßt sich, wie wir meinen, wenn man sie sorgfältig prüft, auch nicht in solch einseitigem Sinne verwerten. Die Worte des Gesetzes „für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit" lassen weiten Spielraum für ein billiges Ermessen unter Berücksichtigung aller besonderen Umstände des Einzelfalles und widerstreben der Aufstellung allgemeingültiger Grundsätze. Auch die Praxis, eine Behinderungszeit als verhältnismäßig nicht erheblich anzusehen, wenn sie die Kündigungsfrist nicht übersteigt, hat nicht die Bedeutung einer feststehenden Norm, und ebenso beansprucht auch unsere Auskunft keine allgemeine Geltung über den besonderen Fall hinaus. Das ergibt sich schon daraus, daß wir bemerkten, man werde die 16 tägige Arbeitsunfähigkeit nach 40 tägiger Dienstzeit „wohl bei einigem Wohlwollen" noch als nicht erheblich gelten lassen können. Es waren eben, wie in allen Fällen, auch hier die besonderen Umstände zu berücksichtigen, und diese haben nicht wir, sondern hat die Zuschrift außeracht gelassen. Der Arbeiter war gegen tägliche Kündigung beschäftigt, und der Arbeitgeber hatte es in der Hand, durch Ausübung dieses Kündigungsrechts sich jederzeit von der Lohnzahlungspflicht zu befreien und den Arbeiter nach seiner Wiederherstellung wieder aufzunehmen, falls dieser dann wiedereintreten wollte. Wollte es der Arbeitgeber hierauf nicht ankommen lassen, so darf man annehmen, daß der Arbeiter sich in der vierzigtägigen Dienstzeit bewährt hatte, daß der Arbeitgeber mit ferneren guten Diensten des Arbeiters rechnete und daß er eben deshalb eine Dienstbehinderung von 16 Tagen noch nicht für erheblich genug hielt, um von seinem Kündigungsrechte Gebrauch zu machen. Dies sind die besonderen Umstände des vorliegenden Falles, die „wohl bei einigem Wohlwollen" unsere Auskunft rechtfertigen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der ordentliche Verbandstag des Verbandes deutscher landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaften fand am 14. und 15. Juni 1922 in Stralsund statt unter Leitung des Landeshauptmanns Sarnow und unter zahlreicher Beteiligung aus allen Teilen des Reichs.

Ueber das unter dem 3. Juni 1922 (RGBl. S. 506) erlassene Gesetz über die Erhöhung der Zulagen in der Unfallversicherung berichtete der Verbandssyndikus, Landesrat Schrader (Cassel). Der Verbandstag nahm einstimmig folgende Entschließung an:

„Der am 14. Juni 1922 in Stralsund zusammengetretene ordentliche Verbandstag der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften hat mit Bedauern von den Bestimmungen des neuen Gesetzes über Erhöhung der Zulagen in der Unfallversicherung Kenntnis genommen. Die deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften haben die Tatsache, daß die fortgeschrittene Geldentwertung eine Erhöhung der Leistungen der Unfallversicherung zur Folge haben muß, stets anerkannt und diese Anschauung auch schon durch Stellung von Anträgen betätigt. Sie sind aber der Ansicht, daß die jetzt zum Gesetz gewordene Erhöhung der Zulagen mit Rücksicht auf die bereits vorhandene sozialpolitische und steuerliche Belastung des Wirtschaftslebens das zulässige Maß insofern überschreitet, als die Zu-

lagen auch den Leichtverletzten zugute kommen sollen, ohne daß dabei die Frage der Bedürftigkeit geprüft wird. Das Gesetz bedeutet für das Wirtschaftsleben (Industrie und Landwirtschaft) eine Mehrbelastung von jährlich über 1 Milliarde Mark. Eine solche Maßnahme muß umsomehr befremden und schärfsten Widerspruch hervorrufen, als bei den Militärversorgungsberechtigten Zulagen an Leichtverletzte überhaupt nicht gewährt werden und in allen Fällen die Bedürftigkeit geprüft wird. In dieser unterschiedlichen gesetzlichen Behandlung völlig gleichliegender wirtschaftlicher Verhältnisse muß die Landwirtschaft die Anwendung eines verschiedenen Maßes erblicken, je nachdem der Zahlungspflichtige das Reich mit der Allgemeinheit der Steuerpflichtigen oder das Wirtschaftsleben ist. Der Verbandstag erblickt ferner in der Uebertragung der Entscheidung über künftige Erhöhung der Zulagen auf einen Unterausschuß des Reichstages, dessen Entschließung nur der Zustimmung des Reichsrats bedarf, eine gesetzlich unzulässige Ausschaltung des Reichswirtschaftsrats, dessen Anhörung auch bei dem vorliegenden Gesetz hätte stattfinden müssen, aber aus nicht ersichtlichen Gründen unterblieben ist."

Nachdem auf dem letzten Verbandstag beschlossen worden war, genauere statistische Unterlagen für die Aufstellung von Gefahrtarifen bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zu schaffen, wurde im Anschluß an einen Bericht des Landesrats Meyer (Königsberg) die Einführung eines einheitlichen Musters für das Unfallverzeichnis beschlossen.

Ueber die Stellungnahme der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zu dem Umbau der Reichsversicherungsordnung erstattete Landesrat Dr. Stahl (Münster) einen umfassenden Bericht, der die Billigung der Versammlung fand. Der ständige Ausschuß wurde ermächtigt, zu gegebener Zeit mit einem Reformprogramm an die Oeffentlichkeit zu treten.

Ueber die bei der Zusatzversicherung für landwirtschaftliche Betriebsunternehmer zu beachtenden Gesichtspunkte berichtete der Verbandssyndikus. Nach weiteren Berichten des Landesrats Dr. Stahl (Münster) und des Landesrats Meyer (Königsberg) beschloß der Verbandstag, der Herausgabe eines Leitfadens über die landwirtschaftliche Unfallverhütung zum Gebrauch in landwirtschaftlichen Schulen und Volksschulen näherzutreten. Er verspricht sich davon eine wesentliche Förderung des Gedankens der Unfallverhütung auf dem Lande. Ebenso wie im Vorjahre soll auch dieses Jahr ein Kursus für die technischen Aufsichtsbeamten stattfinden, da sich die vorjährige Veranstaltung für den Austausch der Erfahrungen sehr nützlich erwiesen hat.

Aufruf an sämtliche deutschen Knappschaftsvereine.

Der nachstehende Aufruf, den wir im „Kompaß" finden, möchten wir den Trägern der Reichsversicherung zu möglichster Berücksichtigung empfehlen:

„Durch die Teilung des Oberschlesischen Knappschaftsvereins in Tarnowitz in einen deutschen und einen polnischen Knappschaftsverein wird ein großer Teil Knappschaftsbeamter stellungslos, da Polen sich weigert, diese Beamten bei sich einzustellen, und der verbleibende Rest des Knappschaftsvereins nicht in der Lage ist, diese Beamten bei sich anzustellen.

Die deutschen Knappschaftsvereine werden daher dringend gebeten, diese stellungslosen Knappschaftsbeamten wenn irgend angängig bei sich in möglichst gleichwertigen Stellungen unterzubringen. Ein Verzeichnis der in Frage kommenden Knappschaftsbeamten stellt unser Verband auf Wunsch zur Verfügung.

Charlottenburg, den 6. Juni 1922.

Allgemeiner deutscher Knappschaftsverband.

Dr.-Ing. Dr. jur. Weidtman. Dr. Heimann."

Der allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen hielt in Detmold vom 5. bis 8. Juli 1922 unter reger Beteiligung von Kassenvertretern und Vertretern von Reichs- und Staatsbehörden eine Verbandstagung ab, die der Abgeordnete Dr. jur. Krüger (Allerheiligen) leitete. Vorträge hielten: Ministerialdirektor Professor Dr. Gottstein über hygienische Volksbelehrung, Verbandsdirektor Unger über die Arztfrage, Oberregierungsrat Dr. Hassenstein über Krankenkassen und Aufsichtsbehörden, Verwaltungsdirektor Juhler über Umbau der Sozialversicherung, Dr. Nottebaum über die wirtschaftliche Verschreibweise der Kassenärzte. Zahnarzt Dr. Cohn, Verbandsgeschäftsführer Schraeder, Verwaltungsdirektor Wesche und Verwaltungsdirektor Obst erörterten kassentechnische Fragen. Die Veranstaltung gab Zeugnis von dem regen Eifer der Landkrankenkassen für ihre Aufgaben.

Vereinbarung zwischen einem Aerzteverein und einem Kassenverband über das Arztsystem.

Das Reichsschiedsamt für Kassen und Aerzte hat (nach einer Mitteilung in „Betriebskrankenkasse" Nr. 12 S. 136) in einem Spruche festgestellt, daß die Aerzte in Hannover nicht berechtigt sind, bei einer großen Betriebskrankenkasse in Hannover freie Arztwahl zu verlangen. Nunmehr haben sich die Aerzte und Betriebskrankenkassen in Hannover verständigt, die Kassenpraxis nach dem System der beschränkt freien Arztwahl unter den in Betracht kommenden Aerzten zu verteilen. Der kassenärztliche Verein Hannover und der Betriebskrankenkassenverband Hannover einigen sich über die bei den einzelnen Kassen zuzulassenden Aerzte. Eine derartige Regelung ist schon früher vielfach erörtert, aber von den Aerztevereinigungen abgelehnt worden. Es ist sehr zu begrüßen, daß nunmehr dieser Vorschlag in einer großen Stadt verwirklicht worden ist und wir möchten wünschen, daß es auch an anderen Orten gelingt, auf solcher Grundlage die Verständigung zwischen Kassen und Aerzten herbeizuführen. Eine derartige Regelung ist für alle Beteiligten von besonderem Vorteil: Die Kassenpraxis ist unter den Aerzten möglichst gleichmäßig verteilt unter Berücksichtigung der bei den einzelnen Aerzten in Betracht kommenden Verhältnisse. Der bei der freien Arztwahl starke Wettbewerb und der Anreiz, sich durch besonderes Entgegenkommen die Gunst der Versicherten zu verschaffen, sind dadurch wesentlich gemindert. Der Arzt kann mit einer bestimmten Inanspruchnahme durch Kassenmitglieder rechnen. Das Kassenlöwentum ist fast unterbunden. Jede Kasse hat nur eine beschränkte Zahl von Kassenärzten; es kann sich ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis herausbilden. Der Kasse ist nicht jeder Einfluß auf ihre Aerzte entzogen. Die Versicherten haben die Auswahl unter einer ausreichenden Zahl von Aerzten und können den „Arzt ihres Vertrauens" in Anspruch nehmen.

Zur Einführung des Markensystems in der Angestelltenversicherung.

Wir haben im Jahrg. 1920 S. 614 über die Sitzung des Verwaltungsrats der Reichsversicherungsanstalt vom 29. 7. 20 berichtet, in der dem Beschlusse des Direktoriums auf Einführung von Beitragsmarken zugestimmt wurde. Die Verwirklichung dieser Absicht scheint indessen erheblichen Schwierigkeiten zu begegnen.

In der Sitzung des Verwaltungsrats v. 23. 2. 22 bildete die „Stellungnahme zu den von der Reichspostverwaltung für den Vertrieb von Beitragsmarken gestellten Forderungen“ den ersten Punkt der Tagesordnung. Ein Angestelltenvertreter berichtete über die Ausschußberatungen. Er gab Vergleiche über die Kosten der einzelnen Beitragssysteme. Nach Ansicht des Ausschusses sei der Markenverkauf durch die Post unannehmbar, da er sich zu teuer stelle und außerdem die beunruhigende Gefahr dauernder Kostensteigerung in sich schließe. Dagegen sei anzunehmen, daß das Markensystem unter allen Umständen Ersparnisse gegenüber dem jetzigen System bringe. Der Ausschuß schlage dem Verwaltungsrat vor, einen umfassenden Versuch zu machen, um festzustellen, wie sich der Plan des eigenen Markenverkaufs gestalte. Ein anderer Angestelltenvertreter hatte Bedenken gegen die Einführung des Markensystems, da sich das Personal wieder neu einarbeiten müsse, was zeitraubend und kostspielig sei. Ein Arbeitgebervertreter war der Ansicht, daß das Markensystem dann zu verwerfen sei, wenn nicht die Arbeitgeber mit wenigen Angestellten sich die Marken an Einzelverkaufsstellen kaufen könnten; der Kauf bei der Zentrale in Berlin erfordere zu hohe Portokosten. Der Handel sei seines Erachtens in der Lage und bereit, den Verkauf der Marken wesentlich billiger als die Post vorzunehmen. Ein Angestelltenvertreter lehnte den Verkauf durch die Post auf der Basis des augenblicklichen Angebots ab. Er hielt vorläufig an dem Markensystem fest und hielt es für denkbar, neben der Zentralverkaufs- auch Einzelverkaufsstellen einzurichten.

Ein Arbeitgebervertreter bezeichnete den Vorschlag, den Markenverkauf dem Handel ganz oder teilweise zu übertragen, für sehr erwägenswert. Er möchte den zentralen Verkauf nach Möglichkeit beschränkt sehen. Ein Angestelltenvertreter lehnte ebenfalls das vorliegende Angebot der Post ab. Er könne sich heute noch nicht dafür entscheiden, ob er dem System des zentralen Markenverkaufs zustimmen solle oder dem Vorschlag, das jetzige System beizubehalten und zu verbessern. Er wies zum Vorschlag der Einführung des Markensystems und Verkauf durch den Handel auf die große Gefahr der Fälschung und des Diebstahls der Marken hin; die Gefahr sei um so größer, je weiter der Kreis der Verkaufsstellen gezogen werde. Nach seiner Ansicht kann, wenn das Markensystem eingeführt wird, nur das System des Zentral-Marken-Verkaufs in Frage kommen. Wenn weitere Versuche bezüglich des Griese'schen Systems angestellt werden, empfiehlt er, auch dem System Chill-Grasmeir nochmals Beachtung zu schenken.

Der Verwaltungsrat beschloß sodann gemäß Antrag des Ausschusses, das jetzige Angebot der Post abzulehnen; ferner sollen zur Klarstellung der Frage umfassende Versuche nach dem System Griese gemacht werden und außerdem das System Chill-Grasmeir erneuter Prüfung unterzogen werden. —

Vergleich der Leistungen der Angestellten-Versicherung und der privaten Lebensversicherung.

Die „Mitteilungen der Handelskammer zu Berlin“ bringen in der Nummer 5 (Mai 1922) folgende Darlegung:

Die in jüngster Zeit wieder hervorgetretenen Bestrebungen, den Wirkungskreis der staatlichen Angestelltenversicherung durch Erhöhung der Versicherungsgrenze zu erweitern, geben Veranlassung, die Leistungen der Reichsversicherungsanstalt (R. f. A.) einer kritischen Betrachtung zu unterziehen und sie mit den Leistungen der privaten Lebensversicherungsunternehmungen zu vergleichen. Ein solcher Vergleich wird wesentlich erschwert durch die Verschiedenheit der beiderseitigen Leistungen (bei der R. f. A. Geld- und Sachleistungen, bei der privaten Versicherung nur Geldleistungen) und durch die Verschiedenheit der Organisation (bei der R. f. A. Versicherungszwang, weitgehende Ausnutzung anstaltsfremder öffentlicher und privater Arbeitskräfte für die Verwaltungstätigkeit). Eine Gegenüberstellung der für die Versicherung zu zahlenden Beiträge mit den in Aussicht gestellten Leistungen wird schon dadurch unmöglich, daß die R. f. A. nicht wie die privaten Gesellschaften nach dem Prinzip der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung arbeitet, sondern die niedriger entlohnten Klassen zuungunsten der höher entlohnten bevorzugt. Es bleibt aber die Möglichkeit bestehen, einen Vergleich auf statistischer Grundlage anzustellen an Hand der in den letzten Jahren von beiden Organisationsformen erzielten Ergebnisse. Eine genaue Betrachtung der hierfür in Frage kommenden Ziffern wird freilich ergeben, daß eine volle Gleichwertigkeit derselben auch nicht zu erreichen ist, es läßt sich aber eine Grundlage schaffen, von der aus eine Abschätzung des Wertes der beiderseitigen Leistungen vorgenommen werden kann.

Bei beiden Organisationsformen vollzieht sich in jedem Geschäftsjahre der gleiche Vorgang. Ein bestimmter Betrag wird eingenommen und wieder verausgabt. Die Ausgaben geschehen zum Teil zugunsten der Versicherten, zum Teil sind sie für diese endgültig verloren. Da sich besonders bei den privaten Unternehmungen noch eine dritte Art der Ausgaben findet, solche nämlich, die zwar nicht unmittelbar den Konten der Versicherten gutgeschrieben werden, die ihnen aber letzten Endes doch zugute kommen, indem sie nur vorläufig zur Ansammlung von Reserven dienen, die eine erhöhte Sicherheit des Unternehmens und die Erzielung eines gleichmäßigen Geschäftsverlaufes bezwecken, so sind die unmittelbar zugunsten der Versicherten geschehenden Ausgaben als Grundlage für einen Vergleich nicht zu verwenden. Besser eignen sich hierfür diejenigen Ausgaben, die den Versicherten endgültig verloren gehen. Wenn es möglich ist, bei beiden Organisationsformen trotz ihrer Verschiedenheit für die Ermittlung dieser Ausgaben eine übereinstimmende Grundlage zu finden und festzustellen, wieviel Prozent der ebenfalls auf gemeinsamer Grundlage berechneten Einnahmen alljährlich bei beiden Organisationsformen für solche Ausgaben verwendet werden, so müssen diese Zahlen einen brauchbaren Ausgangspunkt ergeben für eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der R. f. A.

Als Einnahmen kommen sowohl bei der R. f. A. als auch bei den privaten Unternehmungen in der Hauptsache Beiträge und Zinsen in Betracht. — Gewinne aus Vermögensanlagen (Kursgewinne) müssen zwecks Erzielung einer gemeinsamen Vergleichsgrundlage unberücksichtigt bleiben, ebenso Kursverluste sowie Gewinne und Verluste aus Valutaverschiebungen. Diese Einnahmen bezw. Ausgaben sind heute ziemlich beträchtlich, es ist das jedoch eine vorübergehende, auf den abnormen wirtschaftlichen Verhältnissen der letzten Jahre beruhende Erscheinung. Ihre Berücksichtigung würde das Bild wesentlich verschieben; mit der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens haben diese Einnahmen bzw. Ausgaben nichts zu tun, um so mehr, als ihre Beeinflussung meistens der betreffenden Anstaltsleitung gar nicht möglich ist. Die Kursverluste der R. f. A. ergeben sich aus ihrem Besitz an Kriegsanleihe, der offenbar auf staatlichen Anleihezwang zurückzuführen

ist; die Valutaverluste einiger privater Gesellschaften ergeben sich aus der Wirksamkeit der Bestimmung des § 59 VAG. — Die Einnahmen und Ausgaben der privaten Gesellschaften aus dem Rückversicherungsverkehr gleichen sich in längeren Zeiträumen aus und können deshalb vernachlässigt werden.

Als Ausgaben, die den Versicherten endgültig verloren gehen, kommen in erster Linie die Verwaltungskosten in Betracht. Die R. f. A. unterscheidet bei den Verwaltungskosten folgende Positionen: 1. Innere Verwaltung: persönliche, 2. Innere Verwaltung: sachliche, 3. Rentenausschuß: persönliche, 4. Rentenausschuß: sachliche, 5. Vertrauensmänner, 6. Verwaltungsrat, 7. Ermittlungen bei Gewährung von Renten und einmaligen Leistungen, 8. Feststellungs- und Streitverfahren, 9. Beitragsverfahren, 10. Abschreibungen auf Inventar, 11. Verwahrgebühren, 12. Teuerungszulagen für die Beamten.

Die privaten Gesellschaften unterscheiden: 1. Abschlußprovisionen, 2. Inkassoprovisionen, 3. Laufende Verwaltungskosten. — Die letzteren verteilen sich auf: a) Gehälter, b) Reisekosten, c) Miete, Heizung und Beleuchtung, d) Sonstige Bürobedürfnisse, e) Druckkosten, f) Inserate, g) Porti, h) Arztkosten, i) Sonstiges.

Aus dieser Gegenüberstellung ergibt sich zunächst, daß den Abschlußprovisionen der privaten Gesellschaften bei der R. f. A. keine gleichartigen Ausgaben gegenüberstehen. Diese Ausgaben der Privatversicherung dienen einem wichtigen volkswirtschaftlichen Interesse, sie bezwecken die Propagierung des Versicherungsgedankens, regen die weitesten Volkskreise an zu wirtschaftlicher Vorsorge für zukünftige unvorhergesehene Ereignisse und bewirken dadurch eine Stabilisierung des gesamten wirtschaftlichen Lebens. Sie geschehen aber auch im unmittelbaren Interesse der Versicherten, denn eine Versicherungsgesellschaft kann nur dann ihren Zweck erfüllen, wenn sie dauernd einen ausreichenden Neuzugang erhält. Auch die R. f. A. würde derartige Aufwendungen nicht entbehren können, wenn sie nicht in dem zu ihren Gunsten wirkenden gesetzlichen Versicherungszwang ein Mittel besäße, das ihr einen genügenden Neuzugang an Versicherungen verbürgt. Bestände nur ein allgemeiner Zwang zur Versicherung ohne einseitige Begünstigung einer staatlichen Anstalt (wie z. B. in der amerikanischen Arbeiter-Unfallversicherung), so könnten auch die privaten Unternehmungen diese Ausgaben sparen. Sie dürfen bei einem Vergleich mit der R. f. A., wenn dieser überhaupt ein Urteil über die Wirtschaftlichkeit der Organisationsformen ermöglichen soll, nicht berücksichtigt werden. Um eine übereinstimmende Vergleichsgrundlage zu schaffen, wäre es sogar notwendig, sämtliche Kosten der Anwerbung (nicht nur die Provisionen) bei den privaten Gesellschaften unberücksichtigt zu lassen. Das ist jedoch nicht möglich, weil diese Aufwendungen nicht getrennt nachgewiesen werden. Um den tatsächlichen Verhältnissen so nahe wie möglich zu kommen, sollen wenigstens diejenigen Positionen ausscheiden, die zum weitaus überwiegenden Teil der Anwerbung dienen. Es sind dies die Reisekosten, Druckkosten, Inserate und Porti. Es ist dabei zu berücksichtigen, daß ein wahrscheinlich weit größerer Teil der Anwerbekosten in den Gehältern steckt, um so mehr, als viele Gesellschaften, in dem Bestreben, die tatsächliche Höhe der gewährten Abschlußvergütungen mit Rücksicht auf den Wettbewerb geheimzuhalten, einen beträchtlichen Teil derselben ihren Vertretern unter anderer Bezeichnung zufließen lassen. Auch die Aufwendungen für Geschäftsräume und sonstige Bürobedürfnisse werden durch die Erfordernisse des Anwerbedienstes beträchtlich erhöht. — Die Ausgaben der privaten Gesellschaften für Steuern und sonstige öffentliche Abgaben und Gebühren dürfen bei einem Vergleich der Wirtschaftlichkeit ebenfalls nicht berücksichtigt werden. — Von den Aufwendungen für Verwaltungskosten sind abzuziehen die von den Versicherten für bestimmte Verwaltungstätigkeiten entrichteten Gebühren.

Als weitere Ausgaben, die den Versicherten endgültig verloren gehen, sind Aktionärdividenden und Tantiemen zu nennen, ferner Zuwendungen an Beamte für Ruhegehälter und Unterstützungen. Überweisungen an entsprechende Reserven (Ruhegehaltsfonds, Verwaltungskostenreserven, Organisationsreserven usw.) können entweder im Überweisungsjahr oder bei der Wiederentnahme aus der Reserve und der baren Verwendung berücksichtigt werden. Dem Charakter des auf lange Fristen eingestellten Versicherungsbetriebes entspricht besser die Anrechnung im Überweisungsjahr. Auch ergibt sich so eine bessere Grundlage für die Beurteilung der dauernden Wirtschaftlichkeit, weil zufällige Schwankungen im Verwaltungsbedarf, die auf die relative Kürze des jährlichen Abrechnungszeitraumes zurückzuführen sind, ausgeschaltet werden.

Vergleicht man nach diesen Gesichtspunkten das Jahresergebnis für 1920 bei der R. f. A. mit dem Ergebnis desselben Jahres bei denjenigen deutschen Lebensversicherungsgesellschaften, die am Ende des Jahres in der großen Lebensversicherung einen Versicherungsbestand von mehr als 500 Millionen Mark besaßen, so erhält man folgende Zahlen:

Einnahmen:	R. f. A. M.	Priv.-Gesellsch. M.
Beiträge	419 111 957	1 102 277 726
Zinsen	62 749 184*)	270 014 853
Zusammen	481 861 141	1 372 292 579
Ausgaben:		
Laufende Verwaltungskosten	56 122 321	132 533 709
Inkassoprovisionen	—	18 302 274
Aktionärdividenden	—	5 136 137
Tantiemen	—	1 295 600
Reservenzuwachs	8 354 270	432 068
Sonstige Ausgaben für die gekennzeichneten Zwecke	223 609	6 600 104
Zusammen	64 700 200	164 299 892
ab Gebühren	87 638	4 339 320
Endsumme	64 612 562	159 960 572
Das sind in Prozenten der Einnahmen	13,4	11,6

Es ergibt sich also für die private Lebensversicherung schon auf dieser Grundlage eine niedrigere Unkostenziffer als für die R. f. A. Dabei muß aber berücksichtigt werden, daß die Vergleichsgrundlage beträchtlich zuungunsten der privaten Gesellschaften verschoben ist, weil es nicht möglich war, die Anwerbekosten ganz auszuscheiden. Wieviel günstiger das Ergebnis der privaten Gesellschaften sein würde, wenn dies möglich wäre, kann man schätzen an Hand einer Betrachtung derjenigen Gesellschaften, die eine weitergehende Trennung der Ausgaben vornehmen. Hier ist zunächst eine mittelgroße Aktiengesellschaft zu erwähnen. Sie trennt die wichtigsten Positionen der Verwaltungskosten nach dem Gesichtspunkt, ob sie im Direktionsbetrieb oder bei den auswärtigen Geschäftsstellen erwachsen. Die Gesellschaft führt in ihrem Bericht über das Jahr 1920 folgende Zahlen an:

*) Ausschließlich der durch die Zinsrücklage gehenden Beträge.

I. **Gehälter:**		
a) der Direktionsbeamten	1 832 936	Mk.
b) der auswärtigen Geschäftsstellen	1 564 394	„
II. **Reisekosten:**		
a) der Direktionsbeamten	7 886	„
b) der auswärtigen Geschäftsstellen	698 681	„
III. **Allgemeine Bürokosten:**		
a) Aufwendungen für Geschäftsräume		
1. der Direktion	120 079	„
2. der auswärtigen Geschäftsstellen	119 921	„
b) für Büro- und Kassenbedürfnisse		
1. der Direktion	318 724	„
2. der auswärtigen Geschäftsstellen	81 514	„
IV. **Druckkosten für Veröffentlichungen, Anzeigen, Anwerbeschriften usw.**	47 933	„
V. **Porto**	193 560	„
VI. **Arztkosten**	432 402	„
VII. **Prozeßkosten**	3 653	„
VIII. **Sonstige Ausgaben**	244 231	„

Wenn die Gesellschaft die Anwerbetätigkeit einstellen würde, so würden wahrscheinlich die Ausgaben unter Ib, IIb. IIIa 2 und IV ganz wegfallen, die unter Ia, IIa, IIIa 1, IIIb und V eine starke Verminderung erfahren können. Wenn man also bei Berechnung der Prozentzahl nur die unter Ia, IIa, IIIa 1, IIIb, V, VI, VII, VIII aufgeführten Beträge berücksichtigt, so sind darin zweifellos noch beträchtliche Aufwendungen enthalten, die lediglich durch den Anwerbedienst erfordert werden. Die Summe dieser Positionen ergibt · · · · 3 234 985 Mk.

Dazu kommen noch Inkassoprovisionen	750 302	„
Aktionärdividenden	280 000	„
Tantiemen	116 146	„
Ausgaben für Wohlfahrtszwecke und Zuschüsse zum Pensionsfonds	71 545	„
	4 452 978	Mk.

Davon sind abzusetzen		
Gebühreneinnahme · · 119 506 Mk.		
Verminderung des Sparfonds und des Organisationsfonds · · · · 200 000 „	319 506	„
	4 133 472	Mk.

Es betragen die Einnahmen		
an Prämien	39 116 676	Mk.
an Zinsen	8 937 921	„
Zusammen	48 054 597	Mk.

Es ergibt sich demnach eine Unkostenziffer von 8,6 %, die weit unterhalb der Unkostenziffer der R. f. A. liegt, die 13,4 % beträgt.

Noch deutlicher tritt die höhere Wirtschaftlichkeit des Privatbetriebes hervor bei einem Vergleich der R. f. A. mit einem älteren Gegenseitigkeitsverein, der auf privatrechtlicher Grundlage nach privatwirtschaftlichen Gesichtspunkten verwaltet wird. Nur in einem Punkte unterscheidet er sich wesentlich von den übrigen privaten Lebensversicherungsgesellschaften, und gerade deshalb ist er für einen Vergleich mit der R. f. A. besonders gut geeignet. Er verzichtet auf die Beschäftigung besonderer Personen lediglich zu Anwerbezwecken und begnügt sich mit einer beschränkten Propaganda durch Drucksachen und ehrenamtlich tätige Vertrauensleute. Im Jahre 1920 zeigten die Ausgaben, die nicht zugunsten der Versicherten geschahen, folgende Zusammensetzung:

A. **Verwaltungskosten**

1. Gehälter und andere Bezüge der Beamten einschl. Teuerungszulagen	1 059 658	Mk.
2. Reisekosten	2 787	„
3. Agenturprovisionen	—	Mk.
4. Drucksachen		
a) für den inneren Betrieb	68 023	„
b) für Druckschriften	55 513	„
5. Portokosten	57 111	„
6. Insertionskosten	68 377	„
7. Prozeßkosten	—	„
8. Sonstige Verwaltungskosten		
a) Aufwendungen für Geschäftsräume	107 247	„
b) für Büro- und Kassenbedürfnisse	77 840	„
c) Arzthonorare	44 094	„
d) Sonstige Ausgaben	47 618	„

Die Verwaltungskosten betrugen demnach

	insgesamt	nach Abzug der lediglich der Anwerbung dienenden Ausgaben unter 4b und 6
	1 588 273 Mk.	1 464 383 Mk.
Dazu kommen:		
B. Nettoeinnahme des Beamtenpensionsfonds	14 879 „	14 879 „
C. Gezahlte Pensionen	10 782 „	10 782 „
Zusammen	1 613 934 Mk.	1 490 044 Mk.

Die Einnahme an Prämien und Zinsen betrug 31 914 095 Mk. Es ergibt sich also ein Unkostensatz von 5,1 % bzw. 4,7 % gegenüber einem Unkostensatz der R. f. A. von 13,4 %.

Das Ergebnis des Jahres 1920 läßt also zweifellos auf eine höhere Wirtschaftlichkeit der privaten Versicherung schließen. Auch für die beiden vorhergehenden Geschäftsjahre erhält man an Hand analoger Berechnungen für die private Versicherung günstigere Zahlen. Die Unkostenziffer beträgt

	bei der R. f. A.	bei privaten Gesellschaften
1918	6,5 %	5,7 %
1919	7,4 %	7,0 %
1920	13,4 %	11,6 %

Bei all diesen Vergleichen ist außer der schon erwähnten Verschiebung der Vergleichsgrundlage infolge der unzureichenden Ausscheidung der Kosten des Anwerbeverfahrens noch zu berücksichtigen, daß die R. f. A. einen Teil der Verwaltungsarbeit auf andere Stellen abwälzt. So besteht wohl kaum ein größeres Unternehmen, das nicht mindestens eine Arbeitskraft, häufig sogar mehrere, ausschließlich mit den Angelegenheiten der Angestelltenversicherung beschäftigen muß.

Man kommt auf Grund dieser Vergleiche zu der einwandfreien Feststellung, daß die R. f. A. bedeutend weniger wirtschaftlich arbeitet als die private Lebensversicherung. Sind also ihre Leistungen quantitativ geringer, so sind sie auch qualitativ schlechter als diejenigen der privaten Gesellschaften. Die R. f. A. gewährt nur eine einzige, unbedingt starre Form der Versicherung, während die Privatversicherung zunächst eine reichliche Auswahl der verschiedensten Versicherungsarten bietet, dann auch nach Abschluß des Vertrages noch in liberalster Weise Umwandlungen zuläßt, um den persönlichen Verhältnissen und Wünschen der einzelnen Versicherungsnehmer möglichst gerecht zu werden. Gerade die Versicherungsart, welche die R. f. A. bietet, ist unter den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht geeignet, den Bedürfnissen der Versicherten zu genügen. Die Renten, die von der R. f. A. gewährt werden, sind schon heute für den Versicherten keine fühlbare Hilfe mehr und werden es bei fortschreitender Geldentwertung noch weniger sein. Erhalten dagegen der Versicherte oder seine Hinterbliebenen im Versicherungsfalle die Verfügung über ein entsprechendes Kapital so können sie durch wirtschaftliche Verwendung des-

selben in sehr vielen Fällen einen weit höheren jährlichen Ertrag erzielen. Es kommt noch hinzu, daß die R. f. A. während der ersten zehn Versicherungsjahre überhaupt nicht leiste und infolgedessen gerade in jenen Fällen häufig versagt, wo ihre Hilfe am dringendsten gebraucht wird. Dieser letzte Umstand fällt besonders ins Gewicht bei einer Ausdehnung der Versicherungspflicht. In ihrer ursprünglichen Form erstreckte sich die Angestelltenversicherung im wesentlichen nur auf jene Kreise, die schon in jugendlichem Alter in ein Angestelltenverhältnis traten und damit versicherungspflichtig wurden. Durch die bisherigen Ausdehnungen der Versicherungspflicht sind schon sehr viele, durch eine weitere Ausdehnung bis zu einem Jahresgehalt von 100 000 Mk. würden bis auf einen verschwindend kleinen Bruchteil wahrscheinlich auch alle diejenigen Angestellten in etwas gehobener Stellung in ihren Wirkungsbereich gezogen werden, die erst nach langjähriger theoretischer Vorbildungsze t in ein Angestelltenverhältnis eintreten. Für diese ist aber die zehnjährige Wartezeit unangenehm und gefährlich. Es muß deshalb als bedenklich bezeichnet werden, wenn diesen Angestellten der Abschluß einer Lebensversicherung durch den Beitragszwang zur Angestelltenversicherung erschwert oder gar unmöglich gemacht wird.

Durch eine Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung bis zu einem Jahresgehalt von 100 000 Mk. würde die Privatversicherung eine gewaltige Einbuße am Neugeschäft erleiden. Vielleicht würde auch eine große Zahl von bereits bestehenden Versicherungen durch vorzeitiges Einstellen der Prämienzahlung zum Verfall bezw. zur Reduktion gelangen. Dadurch würde ein blühendes und unbestritten wirtschaftlich arbeitendes Gewerbe, das viele Tausende von Angestellten in allen Teilen des Reiches in weit dezentralisierter Verwaltung unterhält, schwer geschädigt, möglicherweise ganz oder teilweise vernichtet werden, nachdem es stets in vorbildlicher Weise starkes soziales Verständnis gezeigt, durch weitestgehende Beteiligung der Versicherten am Geschäftsgewinn überhaupt erst den Versicherungsgedanken in die weitesten Volkskreise hineingetragen und damit den Boden geschaffen hat, auf dem sich die modernen staatlichen Versicherungsbetriebe entfalten konnten.

Verkauf von Heilmitteln durch Aerzte.

In dem ehrengerichtlichen Verfahren wider den Arzt Dr. N., der die von ihm verordneten Augengläser seinen Patienten unter Erzielung von Gewinn käuflich überlassen hat, ist (nach einer Mitteilung in „Volkswohlfahrt“ 1922 S. 296), der ärztliche Ehrengerichtshof unter Verwerfung der Berufung des Angeschuldigten gegen eine frühere ärztliche Ehrengerichtsentscheidung und unter Belastung des Angeschuldigten mit den Kosten des Verfahrens zur Verurteilung des Angeschuldigten gelangt und hat nach Anhörung zweier Sachverständiger dieses Urteil wie folgt begründet:

„Der ärztliche Beruf ist ein freier, mit besonderer Verantwortung verbundener, auf der Grundlage wissenschaftlicher Bildung beruhender Beruf (siehe Entscheidung des ärztlichen Ehrengerichtshofs, Bd. 1 S. 60). Er wird nicht ausgeübt und darf nicht ausgeübt werden als reines „Gewerbe“, d. h. ein auf Gelderverdienen gerichtetes Unternehmen. Die Einbeziehung der Aerzte in die Reichsgewerbeordnung hatte nach der Begründung zu § 29 daselbst nur den Zweck, ihnen die Freizügigkeit innerhalb des Reichsgebiets zu ermöglichen und zu gewährleisten, wie denn § 6 Absatz 1 Satz 2 daselbst bestimmt, daß dies Gesetz auf die Ausübung der Heilkunde nur insoweit Anwendung findet, als es ausdrücklich Bestimmungen darüber enthält. Die obige Auffassung des ärztlichen Berufs wird nicht allein ausnahmslos von den deutschen ärztlichen Standesordnungen und in der Rechtsprechung der ehrengerichtlichen Instanzen, insbesondere des preußischen ärztlichen Ehrengerichtshofes, vertreten, sondern auch das Reichsgericht hat sie ständig zur Grundlage seiner Rechtsprechung gemacht (vergl. z. B. Entscheidungen in Zivilsachen Bd. 68, S. 190, Bd. 66 S. 139), besonders in der tiefgründigen Entscheidung vom 11. Juni 1907 (Bd. 66 S. 143), wo u. a. ausgesprochen wird: daß das eigentümliche und entscheidende Gepräge des ärztlichen und des gleichen Grundsätzen unterliegenden Rechtsanwaltsberufs darin liegt,

> daß sie fundamentale, allgemeine, öffentliche Zwecke, nämlich die der Gesundheitspflege und der Rechtspflege, auf Grund staatsseitig geforderter und gewährleisteter wissenschaftlicher Vorbildung unter besonderer Verantwortung zu erfüllen haben,

daß hiernach der Arztberuf nicht nur und nicht entscheidend die Betätigung einer wirtschaftlichen Kraft ist, vielmehr Aerzte wie Rechtsanwälte Träger geistiger Kräfte im Dienst des Gemeinwohls sind, und daß die Honorierung der Berufstätigkeit des Arztes und des Rechtsanwalts diesem inneren Kern derselben keinen Abbruch tut, vielmehr die in dieser Hinsicht abweichende Auffassung des alten römischen Rechts längst dem Axiom gewichen ist, daß auch die höchste geistige Arbeit ohne Abbruch ihrer Würde ihren materiellen Lohn finden darf und soll.

Auf diese Aussprüche der höchsten deutschen Instanz für bürgerliche Rechtsstreitigkeiten sei der Angeschuldigte ganz besonders hingewiesen, der obige Grundanschauung mit dem Satz glaubt abtun zu können, daß dies „ein Spiel mit Worten“ sei und daß in Wahrheit jeder, der Arzt wie auch der Richter, ein Gewerbe treibe, für dessen Ausübung er bezahlt werde.

Aus obigen Grundsätzen folgt, daß der ärztliche Beruf freigehalten werden muß von allen Beimischungen des rein gewerblichen Lebens. Auf diesem Grund haben sich die allgemein feststehenden Standesanschauungen entwickelt, wonach dem Arzt bei Ausübung seines Berufs viele Geschäftsmaßnahmen des gewöhnlichen gewerblichen Lebens, die, vom Kaufmann und sonstigen Gewerbetreibenden angewandt, durchaus einwandfrei erscheinen, von Standes wegen versagt sind; es sei an die Unzulässigkeit der öffentlichen Reklame, des Praxisverkaufs, der Konkurrenzklausel, an die Beschränkungen im Konkurrenzkampf und vieles andere erinnert.

Mit diesen Standesanschauungen ist es nicht zu vereinbaren, wenn der Arzt ohne einen andern Zweck als den, sich daraus eine Einnahmequelle zu verschaffen, die in seinen Beruf einschlagenden Heilmittel selbst käuflich abgibt. Hiernach ist es beispielsweise einwandfrei, wenn der Orthopäde Prothesen, Plattfußeinlagen und dergl. im eigenen Betrieb herstellt und käuflich abgibt, weil eine individuelle Anpassung erforderlich ist, wenn der Augenarzt Glasaugen (Prothesen) aus dem gleichen Grund oder wegen weiter Entfernung der ordentlichen Bezugsquelle verkauft, oder wenn aus dem letztgenannten Grunde der Landarzt Bruchbänder und ähnliche Heilmittel vorrätig hält und käuflich abgibt. Dahingegen hat der Augenarzt grundsätzlich den Verkauf der großen Masse der von ihm verordneten Brillen, die jeder Optiker nach Vorschrift der ärztlichen Verordnung einwandfrei herzustellen und

zu verpassen imstande ist, dem Optikergewerbe zu überlassen. Hiergegen verstößt der Angeschuldigte, da er, wie er ausdrücklich zugibt, ohne einen andern Zweck als den des geschäftlichen Nutzens diesen Verkauf ganz allgemein selbst vornimmt; er verquickt in einer den ärztlichen Standesanschauungen widersprechenden Weise ärztliche Berufstätigkeit und kaufmännischen Gewerbebetrieb.

Völlig unerheblich für die Schuldfrage ist, daß der Angeschuldigte, wie er angibt, den Brillenverkauf an seinem früheren Niederlassungsort jahrelang unbehelligt betrieben hat.

Schrifttum.

Aufsichtsrats-Gesetz (Betriebsräte im Aufsichtsrat) nebst Wahlordnung und den einschlägigen Vorschriften des Handelsrechts. Eingehend erläutert von Dr. Hermann Dersch, Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium. 1922, Verlag J. Bensheimer, Mannheim, Berlin, Leipzig, Preis 65 Mk.

Die vorliegende Erläuterung des Gesetzes über die Entsendung von Betriebsratsmitgliedern in den Aufsichtsrat, das in Ausführung des § 70 des Betriebsrätegesetzes ergangen ist, bewegt sich im gleichen Rahmen wie desselben Verfassers, Kommentar zum Betriebsrätegesetz. Ich habe seinerzeit bei der Besprechung der 1. Auflage (vgl. Arb.-Vers. 1920 S. 457) auf die besonderen Vorzüge dieses Kommentars hingewiesen. Dieselben Vorzüge finden sich auch bei der Kommentierung dieses Ergänzungsgesetzes: wissenschaftliche Durchdringung und Blick für die Fragen der Praxis. Ebenso wie der Kommentar zum Betriebsrätegesetz, der in rascher Aufeinanderfolge 6 Auflagen erlebt hat und dessen 7. Auflage sich in Vorbereitung befindet, verdient auch der Kommentar zum Aufsichtsratsgesetz die weiteste Verbreitung in allen an der Durchführung dieses Gesetzes interessierten Kreisen.

Landesrat Dr. Brunn.

Das Gesetz über das Verfahren in Versorgungssachen nebst den Ausführungsbestimmungen. Erläutert von Dr. Dr. Paul Kaufmann, Präs. des Reichsversicherungsamts und des Reichsversorgungsgerichts, und Ob.R.Rat Fritz Fuisting, Mitglied des Reichsversorgungsgerichts und des Reichsversicherungsamts. Berlin 1922 bei Franz Vahlen. VIII und 208 Seiten. Preis 60 Mk.

Gesetz über das Verfahren in Versorgungssachen mit Ausführungsbestimmungen. Erläutert von Dr. Th. von Olshausen, Präs. des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, unter Mitwirkung von Dr. Th. Schulte-Holthausen, Reg.R. im Reichsarbeitsministerium. Berlin, München, Leipzig 1922 bei J. Schweitzer. IV und 191 Seiten. Preis 70 Mk.

Von beiden Kommentaren ist zu sagen: Namen, Stellung und literarische Bewährung der Verfasser bieten für sich allein schon hinreichende Bürgschaft für ihre Sachkunde, für die Gediegenheit und praktische Brauchbarkeit ihrer Arbeit. Der Rechtsstoff, den sie zu gestalten und dem Verständnis der Beteiligten näher zu bringen hatten, konnte sich naturgemäß nicht auf das Verfahrensgebiet beschränken, sondern mußte vielfach auch das materielle Recht, zu dessen Verwirklichung das Gesetz über das Verfahren in Versorgungssachen dient, umfassen; und die Vorschriften sowohl des prozessualen als des materiellen Versorgungsrechts haben wieder Parallelen und Vorbilder in Vorschriften des Sozialversicherungs- und auch des bürgerlichen Rechts. Die Verfasser beherrschen alle diese Rechtsbeziehungen und legen sie in ausführlichen Erläuterungen, unter Berücksichtigung der Gesetzesmaterialien, der Rechtsprechung, der Verwaltungsbescheide und des Schrifttums dar. So bieten sie den Verwaltungs- und Spruchbehörden, den Fürsorge- und Rechtsauskunftsstellen ein wertvolles Hilfsmittel, das auch den Trägern und Behörden der Reichsversicherung im Hinblick auf die vielfachen Beziehungen und Berührungspunkte der beiden Rechtsgebiete empfohlen werden kann. Der Kaufmann-Fuisting'sche Kommentar weist regelmäßiger und vollständiger (wenngleich oft unter der nicht immer ganz zutreffenden Ueberschrift „Entstehungsgeschichte“) auf die Parallelvorschriften aus dem Versicherungsgebiete hin.

Gesetz über das Verfahren in Versorgungssachen v. 10. 1. 22 mit Ausführungsbestimmungen v. 30. 1. 22. Verlag des Reichsbundes der Kriegsbeschädigten, Kriegsteilnehmer und Hinterbliebenen, Berlin. Preis 8,50 Mk.

Eine handliche Textausgabe, in der die Ausführungsbestimmungen sehr zweckmäßig als Anmerkungen zu denjenigen Paragraphen des Gesetzes, auf die sie sich beziehen, wiedergegeben sind.

Vom gesunden und vom kranken Tuberkulosen. Für jedermann von Dr. Christian Bruhn. 2. Aufl. Verlag Parus, Hamburg 36. 32 Seiten. Preis 7,50 M.

Der Verfasser war, nach dem Vorwort, selbst schwer lungenkrank und hat zwanzig Jahre in der doppelten Eigenschaft als Arzt und zugleich als sein Kranker Erfahrungen sammeln können. Er will keine wissenschaftliche oder erschöpfende Abhandlung geben, sondern „es gilt den Versuch, über wissenschaftliche und praktische Dinge so zu plaudern, daß der allgemeine gesunde Menschenverstand und Wille zum Mittun angeregt werden“. Dieser Versuch kann nur als trefflich gelungen bezeichnet werden. Viel Kennens- und Beachtenswertes und doch leider so wenig Gekanntes und Beachtetes wird hier in der faßlichsten, anregendsten Form vorgetragen. Es spricht der Arzt als Mensch zum Menschen, als Freund zum Freunde, belehrend, beratend, nicht beschönigend, aber doch beschwichtigend, tröstend und zugleich warnend, Mut zusprechend und zur Tat aufmunternd. Ein Büchlein, das Kranken und Gesunden, auch Ärzten und Versicherungsträgern angelegentlich zur Beachtung zu empfehlen ist. Als kleine Probe der Schreibweise des Verfassers lassen wir einige einleitende Bemerkungen folgen:

Eine Frage, welche dem Arzt oft vorgelegt wird, lautet: Ist Tuberkulose das nämliche wie Schwindsucht? Man fragt so, weil Schwindsucht der Name für ein Krankheitsbild ist, das jeder kennt, während der Begriff Tuberkulose sich nicht ohne weiteres mit Anschauungen verbindet. Schwindsucht kennt man seit Jahrhunderten, Tuberkulose erst seit Jahrzehnten. Der Kranke stellt die Frage eigentlich nur, um zu hören, ob er heilbar sei; Schwindsucht bedeutet ihm Unheilbarkeit, und das Wort Tuberkulose hat durch seine Verwandtschaft mit ihr einen Schreckensklang bekommen, den es nicht verdient.

„Die Antwort sei in einem Bilde gegeben: Tuberkulose und Schwindsucht gleichen sich so viel und so wenig, wie ein Stückchen glimmender Kohle einem brennenden Hause gleicht. Der glühenden Kohle und dem brennenden Hause ist gemeinsam die Tätigkeit des Feuers, das Gemeinsame in der Tuberkulose und der Schwindsucht ist die Tätigkeit der Tuberkelbazillen.

Wie verschieden können sich die Folgen gestalten, wenn ein Kohlestückchen aus der Ofentür ins Zimmer rollt! Das eine Mal ein wenig Geräusch, ein wenig Geruch, weiter nichts. Das Stückchen fiel aufs Ofenblech, fand nichts Brennbares, verzichtete und erlosch. Das andere Mal der gleiche, wenig alarmierende Vorgang, aber dann: Knistern, Rauch, Flämmchen, Flamme, Feuer! Not und Untergang. Alles verursacht durch ein kleines Stückchen Kohle, das aber bis auf den Teppich rollte und, von niemand bemerkt und bekämpft, die schlummernde Macht zur zerstörenden Herrschaft bringen konnte.

So ist es etwas Alltägliches, daß Tuberkelbazillen in menschliche Körper dringen. Aber im Vergleich zu dieser Häufigkeit ist die Schwindsucht etwas Seltenes; damit sie sich entwickele, müssen die Bazillen besonders günstigen Nährboden finden und ungestört bleiben.

Die wissenschaftliche Forschung hat feine und unschädliche Prüfungsmethoden gefunden, mit denen festzustellen ist, ob ein Mensch bereits von den Tuberkelbazillen befallen ist oder nicht.

Solche Probe-Impfungen sind beim Militär, in Schulen u. a. massenhaft vorgenommen worden und haben ergeben, daß bei der Mehrzahl der Menschen eine Infektion nachgewiesen werden konnte, selten nur bei ganz kleinen Kindern. Sie haben also den Verdacht nahegelegt, daß vielleicht niemand ohne eine Infektion durchs Leben kommt, wenigstens in unseren Kulturverhältnissen; daß also vielleicht jedermann einmal im allerweitesten Sinne des Wortes „tuberkulös" wird. In diesem weiteren Sinne würde das schreckliche Wort aber überhaupt nicht mehr das bedeuten, was wir unter einer Krankheit verstehen. Denn diejenigen Soldaten, welche nach der Probe-Impfung ein positives Resultat zeigten, waren natürlich durchaus nicht krank.

Zweierlei aber ist aus diesen Reaktionen bei Gesunden zu erkennen: erstens die große Verbreitung der Infektionen, also auch der Infektionsgelegenheiten; zweitens eine Widerstandsfähigkeit des menschlichen Körpers gegen die erfolgte Einwanderung.

Durch eine besondere Art der Forschung ist es zuerst entdeckt worden, daß es außer der Schwindsucht gutartige Formen der Tuberkulose gäbe. Diese Aufklärungen gaben die zahlreichen Untersuchungen Gestorbener in den Krankenhäusern, und zwar solcher, welchen nicht etwa die Schwindsucht das Ende bereitet hatte. Als Nebenbefund, neben der Todesursache, fanden sich unerwartet oft Tuberkuloseherde in allen Stadien der Entwicklung und Ausheilung, besonders in Lungen und Drüsen. Eingehende Fragen bei den Angehörigen hatten das Ergebnis, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle weder die Verstorbenen noch die Angehörigen von dem Bestehen der aufgedeckten Krankheitszustände etwas gewußt haben.

So haben die Toten, denen die Wissenschaft so manche zuverlässige Aufklärung verdankt, auch in unserer Sache die Heilbarkeit der Tuberkulose ans Licht bringen helfen.

Es gibt Leute, denen der Gedanke, sie sollten vor der letzten langen Ruhe eine halbe Stunde lang der Wissenschaft und dadurch der Menschheit schmerzlose Dienste leisten, einen Schauder verursacht; sie empfinden wohl solchen Vorgang als einen Eingriff in die Unversehrtheit ihres Nachlasses. Den Kleingläubigen sei zu bedenken gegeben, daß es dem Wissenschaftler durchaus unmöglich ist, auch nur das kleinste Stückchen unseres Ich der großen Natur und ihrem Schöpfer zu unterschlagen."

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Dringende Bitte!

Auch in diesem Sommer haben die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während der nächsten Wochen nur unumgänglich nötige Fragen an den Briefkasten zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

a) **Heilverfahren der Angestelltenversicherung;**
b) **Berechnung der Wartefrist bei der Weiterversicherung.**

1. **Nach Salzwedel.** Antwort: a) Der Beamtenversicherungsverein des deutschen Bank- und Bankiergewerbes ist eine Ersatzkasse für die Angestelltenversicherung (zu vgl. §§ 372 ff. Angest.-Versich.-Ges.), nicht für die Krankenversicherung. Er ist daher nicht verpflichtet, Krankenunterstützung zu gewähren oder ein Heilverfahren eintreten zu lassen oder zu dessen Kosten beizutragen. Wohl aber ist er berechtigt, auf Grund des § 36 AVG. das Heilverfahren einzuleiten oder auch einen Zuschuß dazu zu gewähren. Im übrigen ist in erster Linie die Krankenkasse ohne Rücksicht auf die Angestelltenversicherung auch verpflichtet, im Krankheitsfalle die erforderliche Krankenhilfe zu gewähren. Allerdings kann von ihr nur Krankenpflege und Krankengeld beansprucht werden. Zur Gewährung von Krankenhauspflege ist sie an sich nicht verpflichtet. Kann die Heilung nur durch eine Kur an einem Kurorte erzielt werden, so muß die Kasse die Kosten übernehmen, die durch die Krankenpflege an diesem Orte, also durch die ärztliche Behandlung und die Heilmittel entstehen; außerdem muß sie Krankengeld zahlen. Zur Uebernahme der Kosten für den Unterhalt ist sie nicht verpflichtet, wohl aber berechtigt. Vielleicht empfiehlt es sich, mit dem Beamtenverein ein besonderes Abkommen über die Durchführung der Kur zu treffen.

Soweit der Versicherte sich ohne dringende Notwendigkeit und ohne Anweisung der Kasse einem Heilverfahren an einem Kurorte unterzieht, braucht die Kasse die Krankenpflege nicht zu bezahlen.

b) Im Falle des § 313 RVO. muß die Wartefrist erfüllt sein vor dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, nicht aus der Kasse. Hieraus ergibt sich, daß die Zeit der auf Grund des § 311 RVO. verlängerten Mitgliedschaft in die Wartefrist nicht einzurechnen ist. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 2b zu § 313.) Wohl aber ist die Versicherung bei einer anderen Kasse mitzurechnen. Es ist daher noch festzustellen, ob eine solche Versicherung bestanden hat.

Nochmals von der Versicherungspflicht einer Frau, die in wilder Ehe das Hauswesen besorgt.

2. **Nach Hamburg.** Antwort: Es ist allerdings irreführend, wenn die „Hamburger Wochenschrift für Aerzte usw." in ihrer Nr. 15 S. 135, 163 unsere Auskunft aus Heft 3 S. 47 Ziff. 1 abdruckt und eigene Bemerkungen hinzufügt, ohne ersichtlich zu machen, wo unsere Weisheit aufhört und die der genannten Wochenschrift anfängt. Der Trennungsstrich ist da zu ziehen, wo auf österreichische Verhältnisse hingewiesen und dann der Fall behandelt wird, daß „ein Mann sich bei einer Kriegerwitwe einnistet", beide aber von einer Heirat absehen. Die Erfindung dieser Novelle ist ganz dem Konto der Wochenschrift gutzuschreiben. Wenn der Mann sich bei der Witwe „einnistet", so wird wohl diese als Herrin des Haushalts anzusehen und nicht leicht die Möglichkeit gegeben sein, ein persönliches und wirtschaftliches Abhängigkeitsverhältnis der Frau von dem Manne und somit ihre Versicherungspflicht anzunehmen. In dem Fall unserer Auskunft aber deutet nichts auf eine Sachlage hin, wie sie die Wochenschrift unterstellt.

Versicherungspflicht einer Frau, die in wilder Ehe das Hauswesen besorgt.

3. **Nach X.** Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat in einer Aeußerung vom 27. 5. 21 (II K. 298, 22), vorbehaltlich instanzieller Entscheidung unserer Auskunft im Heft 3 S. 47 Ziff. 1 zugestimmt, also die Versicherungspflicht bejaht, und der Reichsarbeitsminister ist dieser Auffassung in einem Bescheide vom 21. 6. 22 (II. 1. 2294) beigetreten.

Voraussetzung für die Gewährung von Stillgeld.

4. **Nach W.** Antwort: Nach dem Gesetz, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge, erhalten die Wöchnerinnen Stillgeld, „so lange sie ihre Neugeborenen stillen". Dieser Wortlaut läßt nur die Auslegung zu, daß Voraussetzung für den Anspruch ist, daß sie selbst das Kind an ihrer Brust stillt. Wenn nach dem Tode der Mutter Stillgeld auch dem gebührt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt, so darf daraus nicht geschlossen werden, daß unter derselben Voraussetzung auch die Mutter Stillgeld beanspruchen könne. Das Gesetz legt eben besonderen Wert darauf, daß die Mutter selbst das Kind mit der naturgemäßen Nahrung stille.

Lösung des Beschäftigungsverhältnisses oder bloße Unterbrechung der tatsächlichen Arbeit?

5. **Nach Köln.** Antwort: Das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis und folglich die Pflichtmitgliedschaft bei der Kasse dauert fort, solange nach dem übereinstimmenden Willen der Beteiligten der Arbeitnehmer zur Verfügung des Arbeitgebers steht. Unter dieser Voraussetzung kann die Mitgliedschaft auch kurze Unterbrechungen der tatsächlichen Arbeitsleistung überdauern, wenn nach der Unterbrechung alsbald wieder eine Lohnzahlung stattfindet, die dem Arbeitnehmer die Erfüllung seiner Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglicht (zu vgl. Arb.-Vers. 1921 S. 619 Ziff. 6). Für die erste Frage, ob der Arbeitnehmer trotz der Einstellung der Arbeit noch dem Arbeitgeber zur Verfügung steht, ist die Abmeldung durch den Arbeitgeber zwar nicht von entscheidender Bedeutung, wohl aber kann die Abmeldung die Annahme, daß der Arbeitgeber die Arbeitnehmer freigebe, unterstützen; so namentlich, wenn die Abmeldung dem Arbeitnehmer mitgeteilt ist, was einer Entlassung aus der Verfügungsmacht des Arbeitgebers gleichkommt. Wenn im ersten Fall Ihrer Anfrage Bauarbeiter im letzten Winter wegen des Frostwetters, das lange anhielt, abgemeldet wurden, so war es ihnen unbenommen, inzwischen andere Arbeit aufzusuchen und, wenn sie solche nicht fanden, Erwerbslosenfürsorge in Anspruch zu nehmen. Bei der Unbestimmtheit der Dauer des Frostes lag jedenfalls eine nur kurze Unterbrechung der bisherigen Arbeit im oben bezeichneten Sinne nicht vor. Man wird daher die Mitgliedschaft als mit der Abmeldung beendet anzusehen haben. Ebenso ist die Rechtslage im zweiten Fall Ihrer Anfrage zu beurteilen, in welchem eine Baugenossenschaft wegen Geldmangels „Leute entlassen mußte" und sie deshalb abmeldete. Daß einer von ihnen „seine Papiere" erst später abholte, ist ganz gleichgültig. In beiden Fällen haben also die nach der Abmeldung Erkrankten Anspruch auf Kassenleistungen nur, wenn die Voraussetzungen des § 214 RVO. gegeben sind.

Rechtsfolgen der Versäumung der Frist zur Abmeldung eines Erwerbslosen (§ 12a Erwerbsl. Fürs.-Vrdg.)

6. **Nach Berlin.** Antwort: Die Pflicht der Gemeinde, die Weiterversicherung Erwerbsloser herbeizuführen, bezieht sich nach der klaren Vorschrift des § 12a Abs. 1 Satz 1 der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge auf Personen, die zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Versicherung gegen Krankheit berechtigt sind. Die Berechtigung kann auf §§ 176, 310 oder auf § 313 RVO. beruhen. Wenn dann Satz 2 a. a. O. vorschreibt, daß die Gemeinde „zu diesem Zwecke", nämlich zur Herbeiführung der Weiterversicherung, binnen zwei Wochen nach Beginn und Ende der Unterstützung die erforderlichen Meldungen zu bewirken hat, so ist das offensichtlich ungenau. Mindestens die Meldung vom Ende der Unterstützung kann doch nicht dazu dienen, die Weiterversicherung „herbeizuführen", sondern es könnte nur in Frage kommen, ob durch die Abmeldung und erst mit der Abmeldung die Versicherung des Erwerbslosen erlischt. Da es sich in allen Fällen um die von der Gemeinde an Stelle des Erwerbslosen ausgeübte Versicherungsberechtigung handelt, so muß allerdings der Abmeldung des Erwerbslosen durch die Gemeinde dieselbe Wirkung beigelegt werden, die einer entsprechenden Erklärung des Erwerbslosen, wenn er selbst von seiner Versicherungsberechtigung Gebrauch gemacht hätte, zukommen würde; das heißt: mit der Abmeldung durch die Gemeinde erlischt die Versicherung des von ihr Weiterversicherten jedenfalls. Die Versicherung kann aber aus besonderen Gründen schon vor der Abmeldung erlöschen, so namentlich durch zweimaligen Beitragsverzug nach näherer Vorschrift des § 314 Abs. 1 RVO. und vor allem mit dem Wegfall des Anspruchs auf Erwerbslosenfürsorge, der ja die Voraussetzung der Versicherung durch die Gemeinde

war. Dieser Wegfall des Anspruchs bezeichnet das „Ende der Unterstützung“, von dem an die im § 12a Abs. 1 Satz 2 der Vrdg. vorgesehene Frist von zwei Wochen zur Abmeldung des Erwerbslosen handelt. Es fragt sich nur, welche Rechtsfolgen die Versäumung dieser Frist hat. Die Vrdg. sieht im § 12a Abs. 2 eine Versäumnisfolge vor, die nach ihrem Inhalte nur auf die Versäumung der Weiterversicherung durch die Gemeinde bezogen werden kann. Für den Fall, daß die Kasse die zweiwöchige Frist zur Meldung des Endes der Unterstützung versäumt, fehlt es an einer Bestimmung. Daß hier nicht etwa § 397 Abs. 1 RVO. anwendbar ist, haben wir schon im Jahrg. 1921 S. 19 Ziff. 7 ausgeführt. Die Beitragspflicht der Gemeinde endet also mit dem „Ende der Unterstützung.“ Von da ab ist es Sache des Erwerbslosen, für die Aufrechterhaltung seiner Versicherung zu sorgen und durch Weiterzahlung der Beiträge das Erlöschen der Versicherung nach § 314 Abs. 1 RVO. zu verhüten. Wenn nun gleichwohl die Gemeinde, wie im vorliegenden Falle, wegen Unkenntnis des Wegfalls des Anspruchs auf Erwerbslosenfürsorge die Beiträge zur Krankenkasse weitergezahlt hat, so ist das doch immerhin in der Absicht geschehen, die Versicherung des Erwerbslosen aufrechtzuerhalten; die Beiträge müssen daher, ungeachtet des Irrtums im Beweggrunde, als für ihn gezahlt gelten, sodaß durch die Beitragsentrichtung die Kassenmitgliedschaft erhalten worden ist. Stellt sich später der Irrtum heraus, so kann die Gemeinde die über das „Ende der Unterstützung“ hinaus gezahlten Beiträge allenfalls von den Erwerbslosen, nicht aber von der Krankenkasse zurückfordern, die, weil sie infolge der Aufrechterhaltung der Versicherung das Risiko getragen und vielleicht sogar auch Kassenleistungen gewährt hat, keinesfalls um den Betrag der Beiträge grundlos bereichert ist (§ 812 BGB.). Anders würde die Rechtslage nur dann zu beurteilen sein, wenn nach dem Ende der Unterstützung der Erwerbslose selbst nicht mehr zur freiwilligen Kassenmitgliedschaft berechtigt gewesen wäre, z. B. weil er in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis eingetreten und dadurch Mitglied einer anderen Krankenkasse geworden ist (§ 312 RVO). In diesem Falle fehlte es an jedem Rechtsgrunde für die Beitragsleistung der Gemeinde, weil dadurch die Mitgliedschaft bei der bisherigen Kasse nicht erhalten werden und folglich auch eine Leistungspflicht dieser Kasse nicht entstehen konnte. Daher könnte die Gemeinde die gleichwohl gezahlten Beiträge von der Kasse zurückfordern.

Mißbrauch der formalen Versicherung nach § 315 RVO.

7. **Nach Br.** Frage: In unserm Kassenbezirk wohnhafte Personen arbeiten für Betriebe in größeren Städten zu Hause als sogenannte Heimarbeiter. Die Arbeitgeber melden diese Versicherungspflichtigen bei der Krankenkasse ihres Betriebssitzes an und diese Kassen nehmen auch die Beiträge entgegen. Tritt ein Erkrankungsfall ein, so überweisen sie gemäß § 315 RVO. die Erkrankten an unsere Kasse, sodaß jene Kassen die Beiträge haben und wir die Leistungen gewähren müssen. Kann die Kasse, welche die Beiträge drei Monate angenommen hat, das Mitglied einfach beim Eintritt oder gleich nachher gemäß § 315 RVO. zur Leistung der Krankenhilfe an die zuständige Kasse verweisen und die Beiträge für sich behalten? Uns erscheint dieser Zustand sehr bedenklich. Was kann unsere Kasse dagegen unternehmen? Besteht hierüber eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts?

Antwort: Unter den Voraussetzungen des § 315 RVO. gilt der Versicherungspflichtige als Mitglied der Kasse, welche die Beiträge empfangen hat. Diese Kasse hat daher in einem Versicherungsfall, der nach Ablauf der drei Monate eintritt, die satzungsmäßigen Leistungen solange zu gewähren, bis sie ihn an eine andere Kasse verweist. Wenn diese andere Kasse die Zugehörigkeit des Versicherten zu ihr nicht bestreitet (vgl. § 316), so hat sie sofort die weitere Leistung nach ihrer Satzung zu übernehmen, ohne von der ersten Kasse Erstattung der bisher an sie entrichteten Beiträge fordern zu können. Denn da der Versicherungspflichtige bis zur Verweisung als Mitglied der ersten Kasse galt und diese auch das Risiko der Versicherung getragen hat, hat sie die Beiträge nicht mit Unrecht empfangen. In diesem Sinne hat auch das Reichsversicherungsamt entschieden (Entsch. 2231 Amtl. Nach. 1916 S. 586, Arb.-Vers. 1916 S. 703). Die Anfrage zeigt freilich, daß diese Rechtslage eines Mißbrauchs fähig ist. Es scheint, daß die Arbeitgeber bewußt mit Unrecht die Heimarbeiter bei der Kasse des Betriebssitzes statt bei der Kasse des wirklichen Beschäftigungsortes (§ 153 Abs. 1 RVO.) anmelden und grundsätzlich erst nach Eintritt eines Versicherungsfalls an die zuständige Kasse verweisen, sodaß diese sofort Leistungen gewähren muß, ohne Beiträge empfangen zu haben. Diesem Mißbrauch kann die Kasse dadurch entgegenwirken, daß sie in allen Fällen auf Bestrafung der Arbeitgeber aus § 530 RVO. dringt. Denn wenngleich unter den Voraussetzungen des § 315 aus formalen Gründen die Mitgliedschaft bei der an sich nicht zuständigen Kasse anerkannt wird, bleibt doch die Tatsache bestehen, daß die Arbeitgeber „ihrer Pflicht zuwider“ Versicherungspflichtige nicht angemeldet haben, da die im § 317 RVO. vorgeschriebene Meldepflicht selbstverständlich bei der zuständigen Kasse erfüllt werden muß.

Vertretung des Kassenarztes durch einen anderen Arzt.

8. **Nach B.** Antwort: Nach § 368 RVO. werden die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Aerzten durch schriftlichen Vertrag geregelt. Nur der Arzt, der sich in dieser Weise der Kasse zu ärztlichen Diensten verpflichtet hat, ist Kassenarzt. Das Verhältnis dieses Arztes zur Kasse ist ein Vertrauensverhältnis. Nach § 613 BGB. hat der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu leisten. Der Kassenarzt kann sich also, abgesehen etwa von Fällen vorübergehender Verhinderung, nicht willkürlich durch einen anderen Arzt vertreten lassen; das würde mit dem Gesetz und mit der Natur des Vertrauensverhältnisses unvereinbar sein. Unter diesem Gesichtspunkte ist es ganz gleichgültig, daß der frühere Assistent des Kassenarztes sich jetzt als selbständiger Arzt niedergelassen und bekannt gemacht hat, daß er die Praxis in Gemeinschaft mit dem Kassenarzt ausübe. Für die Kassenpraxis kommt das nicht in Betracht. Der fremde Arzt gilt für die Kasse weder als Kassenarzt noch als Vertreter des Kassenarztes, wenn der letztere infolge einer nicht bloß vorübergehenden Behinderung, nämlich (nach Ihrer Angabe) infolge einer unheilbaren Krankheit seine Praxis nicht mehr allein bewältigen kann. Die Kasse kann also die Bezahlung des anderen Arztes, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen (§ 368 Satz 2 RVO.).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung“ in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1362 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. August 1922 | Heft 24

Die Unfallrenten.

Von Obersekretär Willy Reitzel in Holtenau.

Die Renten in der Unfallversicherung entsprechen schon wieder nicht mehr der Geldentwertung und haben zwei neue Gesetze notwendig gemacht, die den Rentenempfängern eine Anpassung ihrer Unfallrenten an die sprunghaft weiter fortgeschrittene Teuerung bringen sollen. Das Gesetz über Änderung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung vom 13. April 1922 (RGBl. S. 458) und das Gesetz über Erhöhung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 3. Juni 1922 (RGBl. S. 506). Durch diese Änderungen früher ergangener Gesetze sind die Vorschriften über Bemessung der Unfallrenten so unübersichtlich geworden, daß eine Klarstellung der jetzigen Rechtslage angezeigt erscheint.

Durch Artikel I des Gesetzes vom 13. April 1922 ist zunächst in der Unfallversicherung die Grenze für die Zwangsversicherung der Betriebsbeamten und die Versicherungsgrenze in der See-Unfallversicherung von 40 000 Mk. auf 150 000 Mk. erhöht worden.

Gemäß § 563 RVO. in der Fassung des Gesetzes v. 11. April 1921 (RGBl. S. 467) kam bisher der für die Berechnung der Unfallrente maßgebende Jahresarbeitsverdienst bis zur Höhe von 10200 Mk. voll zur Anrechnung, der diesen Betrag übersteigende Teil wurde um $^2/_3$ gekürzt. Diese Drittelungsgrenze, also die Grenze, bis zu welcher der Jahresarbeitsverdienst in der Unfallversicherung der Berechnung der Leistungen unverkürzt zugrunde gelegt wird, ist gemäß Artikel II des Gesetzes vom 28. April 1922 von 10 200 Mk. auf 36 000 Mk. erhöht worden. Der Jahresarbeitsverdienst bis zu 36 000 Mk. kommt fortan für die Rentenberechnung für Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1921 ereignet haben oder noch ereignen werden, voll zur Anrechnung. Erst vom Jahresarbeitsverdienst über 36 000 Mk. an findet die bisherige Kürzung von $^2/_3$ des übersteigenden Teiles weiter statt. Diese neue Bestimmung tritt rückwirkend vom 1. Januar 1922 in Kraft. Artikel II des Gesetzes bestimmt, daß der Versicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Ausführungsbehörde) die Feststellung nochmals zu prüfen hat, wenn Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1921 ereignet haben oder noch ereignen werden, nach den bisherigen Vorschriften rechtskräftig gewährt oder deshalb rechtskräftig abgelehnt hat, weil ein Betriebsbeamter nicht versichert war. Führt diese Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten beantragt, so ist ihm ein neuerer Bescheid zu erteilen. Durch diese Bestimmung werden die Renten für die neuen Unfälle, das heißt also für Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1921 ereignet haben oder noch ereignen werden, wesentlich erhöht. Die Erhöhung wird im allgemeinen das Dreifache sein.

Der Mindestbetrag des Sterbegeldes bei Tötung infolge Betriebsunfalles ist gemäß Artikel III des Gesetzes von 50 Mk. auf 1000 Mk. erhöht worden. Da das Sterbegeld gemäß

§ 586 der Reichsversicherungsordnung auch nach dem Jahresarbeitsverdienst berechnet wird und den 15. Teil des Jahresarbeitsverdienstes beträgt, so wird auch das Sterbegeld infolge der Heraufsetzung der Grenze des anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes im allgemeinen wesentlich erhöht.

Sodann ist durch Artikel V bestimmt, daß alle Unfallrenten fortan auf volle Mark aufgerundet werden. Die Rentenempfänger werden ihre monatlichen Quittungsvordrucke dementsprechend auszufüllen und den Postanstalten bei Abhebung der Renten vorzulegen haben. Artikel VIII des Gesetzes bestimmt auch neu, daß die auf Grund des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 (Reichsgesetzblatt 1922 Seite 7) bewilligte Zulagerente wegfällt, wenn die Rente ruht oder wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Zulage nicht mehr gegeben sind.

Die Erhöhung der Zulage regelt das Gesetz vom 3. Juni 1922. Bisher galt in der Unfallversicherung die Einschränkung, daß die Zulagerenten oder „erhöhten Renten", wie das Gesetz sie nennt, nur solchen Rentenempfängern zu gewähren waren, die 50 vom Hundert oder mehr vom Hundert Unfallrente erhielten. Diese Vorschrift ist nunmehr gemäß Artikel I des Gesetzes vom 3. Juni 1922, dahin erweitert worden, daß Anspruch auf die Zulagerente Verletzte haben, die eine Unfallrente von $33^1/_3$ oder mehr vom Hundert der Vollrente beziehen oder, wenn sie mehrere Verletztenrenten beziehen, deren Hundertsätze zusammen mindestens $33^1/_3$ vom Hundert betragen.

Die Zulage bestand bisher in dem Betrage, um den die Rente hinter der Höhe zurückblieb, die sie hätte, wenn sie nach einem bestimmten im Gesetze festgesetzten Jahresarbeitsverdienst berechnet wurde. An dieser Bestimmung ist auch durch das neue Gesetz grundsätzlich nichts geändert worden, dagegen ist die Höhe des Normal-Jahresarbeitsverdienstes neu festgesetzt worden. Als Jahresarbeitsverdienst gilt nach dem neuen Gesetze bei Berechnung der erhöhten Verletztenrente eines Berechtigten, der als solcher eine oder mehrere Renten bezieht, deren Hundertsätze zusammen die Zahl 50 nicht erreichen, falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines männlichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von 9000 Mk., falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines weiblichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von 4800 Mk., „im übrigen", das heißt für die gewerbliche Unfallversicherung allgemein und in der landwirtschaftlichen Versicherung für die Betriebsbeamten und Facharbeiter der Betrag von 15 000 Mk. Bei Berechnung „anderer" erhöhter Renten, das heißt bei solchen, die (einzeln oder zusammen) 50 v. H. erreichen oder übersteigen, gilt als Jahresarbeitsverdienst, falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines männlichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von 15 000 Mk., falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines weiblichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von 9000 Mk., im übrigen, das heißt also wieder für die gewerbliche Unfallversicherung, einschließlich die Betriebsbeamten und Facharbeiter in der Landwirtschaft, der Betrag von 24 000 Mk. (bisher 12 000 Mk.). Die neue Zulagerente besteht nach wie vor in dem Unterschiede zwischen der bisherigen (weiter gezahlten) Rente und der „erhöhten Rente". Nach den oben erwähnten Jahresarbeitsverdiensten wird die Rente unmittelbar berechnet. Es erhalten also die Zulagerente einmal Unfallverletzte selber, die wenigsten $33^1/_3$ oder mehr vom Hundert erwerbsbeschränkt sind, und ferner die Bezieher von Hinterbliebenen- (Witwen- und Waisenrenten) sowie Angehörigenrenten. Die Erhöhung der Renten beträgt das Doppelte.

An Beispielen klargemacht, wird die Berechnung der „erhöhten Rente" folgende sein: Ein gewerblicher Arbeiter bezog die nach einem Jahresarbeitsverdienste von 4500 Mk. berechnete 40%ige Teilrente von 1200 Mk. jährlich oder monatlich 100 Mk. Nach den neuen Bestimmungen wird seine Gesamtrente jetzt nach dem Jahresarbeitsverdienste von 15 000 Mk. neu zu berechnen sein, er wird also fortan eine 40%ige Teilrente von der Vollrente von

10 000 Mk., das sind 4000 Mk. jährlich oder 334 Mk. monatlich erhalten. Von diesem Betrage sind die bisher bezogenen 100 Mk. die Unfallrente und der Restbetrag von 234 Mk. die „erhöhte Rente“. Oder ein zweites Beispiel: Ein gewerblicher Arbeiter bezog bisher die nach einem Jahresarbeitsverdienste von 4500 Mk. berechnete Vollrente von jährlich 3000 Mk. oder 250 Mk. monatlich. Nach den neuen Bestimmungen wird seine Rente jetzt nach dem Jahresarbeitsverdienste von 24 000 Mk. (bisher 12 000 Mk.!) neu zu berechnen sein, er wird also fortan eine Vollrente von $^2/_3$ von 24 000 Mk., das sind 16 000 Mk. jährlich oder 1334 Mk. monatlich erhalten. Hiervon sind die bisher bezogenen 250 Mk. die alte Rente und der Restbetrag von 1084 Mk. die „erhöhte Rente“. Der Kreis der Zulageberechtigten ist also durch obiges Gesetz einmal auf Rentenempfänger bis zu $33^1/_3$ v. H. Erwerbsbeschränkung erweitert worden und ferner sind die bisher bewilligten Zulagerenten wesentlich erhöht worden. Die neuen Zulagerenten werden für die Zeit nach dem 30. Juni 1922 gewährt. Soweit die Renten in der gewerblichen Unfallversicherung sowie die Hinterbliebenenrenten auf Grund obiger Bestimmungen verdoppelt werden, wird den Rentenempfängern von den Berufsgenossenschaften (Ausführungsbehörden nur ein formloses Benachrichtigungsschreiben zugestellt werden.

Die beiden neuen Gesetze bringen den Rentenempfängern wesentliche Erhöhungen ihrer Bezüge, und doch darf nicht verkannt werden, daß es sich auch diesmal nur wieder um Notbehelfe handelt, die vermutlich durch die anscheinend noch weiter schreitende Geldentwertung bald abermals überholt sein werden.

Anmerkung: Ein Aufsatz von Roewer in der „Berufsgenossenschaft“ (Nr. 12 v. 5. 7. 22) gelangt gleichfalls zu dem Schlusse, daß das Gesetz v. 3. 6. 22 „noch nicht durchgeführt sein wird, wenn eine neue Erhöhung der Zulagen kommt.“ Denn die nach dem Gesetz gebotene Ueberprüfung aller davon betroffenen Fälle wird eine noch viel umfangreichere Arbeit verursachen als die mit dem Gesetz v. 28. 12. 21 verknüpft gewesene. Zugleich bemängelt Roewer nicht ohne Grund die Art, wie ein Gesetz von so außerordentlicher finanzieller Tragweite, ohne vorgängige Befassung des Reichswirtschaftsrats, „durch die gesetzgeberischen Instanzen gejagt ist“. Die Ausschaltung des Reichswirtschaftsrats rügt auch eine vom Verbandstage der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gefaßte Entschließung, die zugleich Verwahrung einlegt gegen die im Artikel III des Ges. v. 3. 6. 22 dem Reichsarbeitsminister übertragene Befugnis, künftige Erhöhungen der Zulagen mit Zustimmung des Reichsrats und eines Reichstagsausschusses, also wieder unter Ausschaltung des Reichswirtschaftsrats, festzusetzen.
(Schriftleitung.)

Auf wielange ist die Krankenpflege zu gewähren, wenn das Krankengeld infolge Wegfalls der Arbeitsunfähigkeit vor oder mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit aufhört?

Von Stadtobersekretär Winkler, stellv. Versicherungsamtsvorsitzender in Auerbach (Vogtl.).

Das Reichsversicherungsamt hat in einer Entscheidung vom 24.2.21 (Amtl. Nachr. 1921 S. 265 Ziff. 2623) folgenden Grundsatz aufgestellt: „Die Krankenhilfe endet, wenn Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der Krankheit besteht, stets mit dem Ablaufe der 26. Woche nach dem ersten Tage, an dem Krankengeld bezogen wurde. Als dieser Tag gilt im Falle des § 182 Nr. 2 Halbsatz 1 der RVO. der 4. Krankheitstag“. Der Sachverhalt war: Ein Mitglied der klagenden Krankenkasse erkrankte am 29. Oktober 1918 infolge Betriebsunfalls, war sofort arbeitsunfähig und erhielt Krankenpflege vom 29. Oktober 1918 bis 2. Mai 1919 sowie Krankengeld vom 1. November 1918 bis 17. April 1919 (also für 24 Wochen); die Berufsgenossenschaft verweigerte der Krankenkasse den begehrten Ersatz für Krankenpflege vom 30. April bis 2. Mai 1919, mithin für die über die 26. Krankheitswoche hinausgehende Zeit, weil die 26 wöchige Unterstützungszeit bereits am 29. April 1919 abgelaufen sei; die Berufsgenossenschaft wurde aber, wie in den Vorinstanzen, zur Zahlung des Ersatzes verurteilt.

Nach den Entscheidungsgründen war die Beklagte der Ansicht, die 26 Wochen, für deren

Dauer nach RVO. § 183 die Krankenhilfe zu gewähren ist, seien vom ersten Krankheitstage an auch dann zu rechnen, wenn Arbeitsunfähigkeit schon bei Beginn der Krankheit vorliege. Diese Begründung ist freilich unzutreffend. Im Streitfalle richtete sich vielmehr nach dem klaren Wortlaut des § 183 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 der Beginn der 26 wöchigen Frist für die Krankenhilfe nur nach dem Beginn des Krankengeldbezugs, weil das Krankengeld erst von einem späteren Tage an als dem Krankheitsbeginn bezogen wurde. „Bezogen" in diesem Sinne ist das Krankengeld bekanntlich schon dann, wenn es dem Versicherten gesetzlich zusteht, es braucht also nicht tatsächlich gezahlt zu sein (Amtl. Nachr. 1918 S. 339 Ziff. 2451).

Gleich vorweg sei hervorgehoben, daß die Gründe der eingangs genannten Entsch. 2623 gewissermaßen als selbstverständlich zunächst einmal davon ausgehen, die Krankenhilfe ende mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezugs, wenn die Arbeitsunfähigkeit erst nach Krankheitsbeginn eintrete. Und daran anschließend wird ausgeführt, daß dies auch für den vorliegenden Fall gelte, in dem die Arbeitsunfähigkeit vom Beginn der Krankheit an bestanden hat, aber Krankengeld erst nach Ablauf der drei sog. Karenztage bezogen wurde. Aber auch die vorerwähnte Entsch. 2451 scheint davon auszugehen, die Krankenhilfe (Krankenpflege und Krankengeld) ende bei späterem Beginn des Krankengeldbezugs unter allen Umständen erst mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezugs, sonst hätte dort dem Kläger (Versicherten) nicht neben Krankengeld vom 24. bis 28. Juni 1916 noch solches vom 29. August bis 21. November 1916 zugesprochen werden können, da der Kläger eigentlich schon am 8. August 1916 mit diesem Erkrankungsfalle ausgesteuert war (er hatte vom 8. Februar bis 29. August 1916 in ärztlicher Behandlung gestanden und war nur arbeitsunfähig vom 24. bis 28. Juni 1916; hierauf war er erst wieder vom 29. August bis 21. November 1916 während einer von der Angestelltenversicherung eingeleiteten Heilstättenkur arbeitsunfähig).

Endet nun bei Krankengeldbezug die Krankenhilfe unbedingt erst mit Ablauf der 26. Woche nach dessen Beginn? Meines Erachtens nicht. Im Falle der Entsch. 2623 war vom 4. Krankheitstage an nur für 24 Wochen Krankengeld zu zahlen. Wenn § 183 im Eingange lautet, „Die Krankenhilfe endet s p ä t e s t e n s . . ." so bezieht sich dieses „spätestens" zweifellos auch auf den zweiten Halbsatz dieses Satzes, der dann etwa lautet: „wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen, als vom Beginn der Krankheit, so endet die Krankenhilfe s p ä t e s t e n s mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezugs". Wenn, wie im Streitfalle, das Krankengeld für weniger als 26 Wochen und zwar nicht über die abgelaufene 26. Woche nach Krankheitsbeginn zu zahlen ist, so kann das „spätestens" doch wohl nur bedeuten, daß auch die Krankenpflege früher endet und daß sie dann „spätestens" mit Ablauf der 26. Krankheitswoche aufhört! Im Falle der Entscheidung war also wohl schon hiernach die Krankenhilfe mit dem 29. April 1919 zu Recht einzustellen.

Der Grundsatz der Entsch. 2623 und die dementsprechende Auffassung, die Krankenhilfe ende bei Krankengeldbezug s t e t s mit Ablauf der 26. Woche nach dessen Beginn, wird aber auch schwerlich mit RVO. § 183 Abs. 2 übereinkommen. Hierfür zwei Beispiele: 1.) Die Arbeitsunfähigkeit tritt erst mit der 15. Woche nach der Erkrankung ein, von hier an wird für 5 Wochen Krankengeld gezahlt; die Krankenpflege ist mithin nach der Ansicht des Reichsversicherungsamtes für (14 + 26) 40 Wochen zu gewähren. 2.) Die Arbeitsunfähigkeit tritt mit der 15. Woche nach der Erkrankung ein, von hier an wird für 13 Wochen Krankengeld gezahlt; hier endet die Krankenpflege gemäß RVO. § 183 Abs. 2 unbedingt mit Ablauf der 27. Woche (14 + 13 Wochen) nach Beginn der Erkrankung. Der Versicherte im ersten Beispiel mit einer kürzeren Arbeitsunfähigkeit als der im zweiten hätte sonach 13 Wochen länger Anspruch auf Krankenpflege als der andere. Dieses Ergebnis ist unmöglich und vom Gesetzgeber sicher nicht gewollt.

Die entsprechende Bestimmung in RVO. § 183 Abs. 1 erster Satz zweiter Halbsatz: „wird jedoch . . . ." wurde in derselben Be-

deutung, wenn auch mit anderen Worten, in die Novelle zum KrVersGes. vom 10. 4. 92 und zwar in den damaligen § 6 eingefügt; sie soll nach den Motiven verhüten, daß bei geringfügigen Erkrankungen sofort die Arbeit niedergelegt und Arbeitsunfähigkeit vorgegeben wird. Man wollte also nur diesen Fall treffen und dem Versicherten neben Krankengeld für die volle gesetzliche Zeit die Krankenpflege weiter gewähren, doch wohl, weil Krankengeld ohne ärztliche Behandlung usw. praktisch unmöglich ist. Denn als nächster Satz, also gewissermaßen im Zusammenhang mit dem obigen, folgte in § 6 a. a. O. die dem jetzigen § 183 Abs. 2 entsprechende Bestimmung, die auf den vorliegenden Streitfall angewandt, etwa lautet: „Ist Krankengeld über die 26. Woche nach Beginn der Krankheit nicht zu zahlen, so endet die Krankenpflege spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit".

Hiernach wird die in der Ueberschrift gestellte Frage dahin zu beantworten sein, daß die Krankenpflege in diesen Fällen „spätestens" mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit endet, so auch Seelmann in der „Ortskrankenkasse" 1916 Spalte 729 unter 4. Nach dieser Auffassung verfahren auch Krankenkassen in der Praxis.

Es wäre erwünscht, derartige Streitfälle in dieser Richtung zu prüfen und der obersten Spruchinstanz im Interesse aller Beteiligten Gelegenheit zu einer anderweiten Stellungnahme in dieser Frage zu bieten.

Dabei wird sich immer mehr ergeben, daß nur eine Ergänzung des § 183 RVO. helfen kann, die zweifellos eingetretene verschiedene Auslegung der Bestimmungen über die Dauer der Krankenpflege und die vom Gesetzgeber nicht gewollten Härten zu beheben (vergl. bereits, allerdings in anderer Beziehung, den Vorschlag von Hoch in der Arb.-Vers. 1915 S. 246). Schwierigkeiten bestehen namentlich auch bei der Anwendung der neuen Vorschrift in RVO. § 183 Abs. 1 Satz 2, insoweit — mit Krankenpflege ausgefüllte — Unterbrechungen des Krankengeldbezuges auf Zeiten nach der 26. Krankheitswoche fallen sollen, was nicht angängig erscheint, da mit dem ersten besten Wegfall des Krankengeldes nach der 26. Krankheitswoche auch die Krankenpflege einzustellen ist (RVO. § 183 Absatz 2 und Seelmann a. a. O. Spalte 729/730 unter 5d und e; vergl. auch die Entscheidung des Reichsversicherungsamts Ziffer 2201 in den Amtl. Nachr. 1916 S. 514).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 5/6 der Amtl. Nachr. vom 1. Juni 1922*)

I. Unfallversicherung.

Die persönliche Anhörung eines Vertreters an Stelle des Berechtigten im Einspruchsverfahren ist nicht zulässig. Ist eine Verständigung mit dem Berechtigten nicht möglich, so kann das persönliche Gehör nicht stattfinden. In Fällen dieser Art ist tunlichst vor Erlaß des Endbescheids eine Vernehmung des gesetzlichen Vertreters des Berechtigten im Wege der Ermittlungen (§§ 1598, 1602, 1606 RVO.) anzustreben (3107 S. 291).

Die Zulagen aus § 5 der Vrdg. v. 5. 5. 20 (R. G. Bl. S. 878, Arb.-Vers. S. 293) sind auch zur Angehörigenrente aus § 595 RVO. zu gewähren (3108, S. 292).

Die neue Drittelungsgrenze des § 563 Abs. 2 RVO. in der Fassung des Artikels V des Ges. betr. Aenderungen in der Unfallversicherung vom 11. 4. 21 (R. G. Bl. S. 467, Arb.-Vers. S. 251) gilt nicht für Unfälle, die sich vor dem 1. 1. 20 ereignet haben (3109 S. 293).

Die sogenannte „Plauensche Näherei" gehört wegen der für die „Gardinenfabrikation" charakteristischen Arbeiten, vor allem wegen des Bestickens (Tamburirens), wegen der Ausarbeitung der Muster und wegen des Zusammennähens der aus Tüll und Stickereien bestehenden Gardinenteile zu einem Ganzen, zur Textil-, nicht zur Bekleidungsindustrie-Berufsgenossenschaft (3110 S. 294).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Ein Ersatzanspruch nach § 14 des Reichsversorg.-Gesetzes vom 12. 5. 20 ist, abgesehen vom Ersatze für kleinere Heilmittel, nur gegeben, wenn die Krankenkasse neben Heilbehandlung auch Krankengeld zu gewähren verpflichtet ist (2699 S. 323).

* Uns zugegangen am 1. August 1922.

Die nach dem 2. 8. 21 endgültig festgestellten Renten aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind von ihrem, wenn auch beliebige Zeit zurückliegenden Beginn ab nach dem durch Art. I des Gesetzes vom 23. 7. 21 (R. G. Bl. S. 984, Arb.-Vers. S. 470) geänderten Vorschriften der RVO zu berechnen (2706 S. 325).

Bei Neuwahlen der Kassenorgane ist nur der neugewählte, nicht der bisherige Ausschuß zur Wahl des Kassenvorstandes berechtigt (2701 S. 326).

Bei verspäteter Abmeldung eines Ersatzkassenmitgliedes, dessen Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse ruhten, besteht für den Arbeitgeber, soweit er seinen Beitragsteil unmittelbar an die Ersatzkasse abzuführen hat — § 13 Vrdg. v. 3. 2. 19 (R. G. Bl. S. 191, Arb.-Vers. S. 125) in der Fassung des Ges. vom 29. 6. 19 (R. G. Bl. S. 615, Arb.-Vers. S. 412) —, keine Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung des eigenen Beitragsteils (2702 S. 328).

B. Allgemeines.

Gesetz über Bezüge von Sozialrentnern.

Vom 18. Juli 1922 (RGBl. S. 649).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Erster Abschnitt.

Lohnklassen, Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung.

Artikel I.

Die Reichsversicherungsordnung wird dahin geändert:

1. Der § 1245 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes werden für die Versicherten folgende Lohnklassen gebildet:

Klasse	A	bis zu	. . . . 1 000 Mark,			
„	B	von mehr als	1 000	bis zu	3 000	Mark,
„	C	„ „ „	3 000	„ „	5 000	„
„	D	„ „ „	5 000	„ „	7 000	„
„	E	„ „ „	7 000	„ „	9 000	„
„	F	„ „ „	9 000	„ „	12 000	„
„	G	„ „ „	12 000	„ „	15 000	„
„	H	„ „ „	15 000	„ „	18 000	„
„	J	„ „ „	18 000	„ „	27 000	„
„	K	„ „ „	27 000	„ „	39 000	„
„	L	„ „ „	39 000	„ „	54 000	„
„	M	„ „ „	54 000	„ „	72 000	„
„	N	„ „ „	72 000 Mark.			

2. Der § 1287 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

Bis auf weiteres werden die Leistungen bei der Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrenten um jährlich dreitausend Mark, bei den Waisenrenten um jährlich eintausendfünfhundert Mark erhöht.

3. Im § 1289 wird am Schlusse angefügt:

in der Lohnklasse J . . . . 270 Pfennig,
„ „ „ K . . . . 390 „
„ „ „ L . . . . 540 „
„ „ „ M . . . . 720 „
„ „ „ N . . . . 900 „

4. Im § 1293 Abs. 1 wird am Schlusse angefügt:

in der Lohnklasse J . . . . 2900 Mark,
„ „ „ K . . . . 4100 „
„ „ „ L . . . . 5600 „
„ „ „ M . . . . 7400 „
„ „ „ N . . . . 9200 „

5. Im § 1392 Abs. 1 wird am Schlusse angefügt:

in der Lohnklasse J . . . . 1800 Pfennig,
„ „ „ K . . . . 2400 „
„ „ „ L . . . . 3200 „
„ „ „ M . . . . 4200 „
„ „ „ N . . . . 5200 „

Artikel II

Vom 1. August 1922 an werden die Renten, die vor diesem Tage festgesetzt sind,

bei Empfängern einer Invaliden-, Alters-, Witwen- oder Witwerrente um zweihundert Mark,

bei Empfängern einer Waisenrente um einhundert Mark

monatlich erhöht.

Artikel III.

Die Vorschriften des Artikel I Nr. 2 und des Artikel II treten mit dem 1. August 1922, die übrigen Vorschriften mit dem 1. Oktober 1922 in Kraft.

Renten für die Zeit vor dem 1. August 1922 werden nach den bisherigen Vorschriften berechnet.

Zweiter Abschnitt.

Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung.

Artikel IV.

Das Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung vom 7. Dezember 1921 (Reichsgesetzblatt S. 1533) in der Fassung des Gesetzes über die Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung vom 24. April 1922 (Reichsgesetzbl. Teil I S. 464) wird dahin geändert:

1. § 2 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

Die Unterstützung ist in der Invalidenversicherung nach den Umständen und im Höchstbetrage so zu bemessen, daß das Gesamtjahreseinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente den Betrag von siebentausendzweihundert Mark, einer Witwen- oder Witwerrente den Betrag von fünftausendsiebenhundert Mark, einer Waisenrente den Betrag von dreitausendzweihundert Mark erreicht.

2. Der § 2 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

Bei Berechnung des Gesamtjahreseinkommens wird für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung die Invaliden- oder Altersrente mit dreitausendvierhundert Mark, die Witwen- oder

Witwerrente mit dreitausendzweihundert Mark und die Waisenrente mit eintausendsechshundert Mark angerechnet; darüber hinausgehende Rentenbeträge werden nicht angerechnet. Bei Berechnung des Gesamtjahreseinkommens bleibt das Arbeitseinkommen der Rentenempfänger bis zum Jahresbetrage von viertausend Mark außer Ansatz.

3. § 2a fällt fort.

Artikel V.

Die Vorschriften des Artikel IV treten mit dem 1. August 1922 in Kraft.

Artikel VI.

Der Reichsarbeitsminister wird ermächtigt, das im Artikel IV bezeichnete Gesetz mit der Ueberschrift: „Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung“ in der Fassung zu veröffentlichen, die sich aus dem zweiten Abschnitt dieses Gesetzes ergibt.

Gesetz über Aenderungen der Reichsversicherungsordnung.

Vom 21. Juli 1922 (RGBl. S. 654).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I

Die Reichsversicherungsordnung wird wie folgt geändert:

1. Der § 205a Abs. 5 in der Fassung des Artikels I des Gesetzes über Wochenhilfe vom 9. Juni 1922 (Reichsgesetzbl. Teil I S. 499) erhält folgenden dritten Satz:

Berechtigt ist die Schwangere oder Wöchnerin; im Falle ihres Todes gilt § 195a Abs. 4 entsprechend.

2. Der § 404 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, daß das Versicherungsamt nach Anhören der Kasse die geschäftsleitenden Angestellten als Vollstreckungsbeamte und sonstige Angestellte der Kasse als Vollziehungsbeamte bestellen darf.

3. Der § 842 erhält folgenden dritten Absatz:

Das Reichsversicherungsamt kann auf Antrag des Vorstandes der Versicherungsgenossenschaft abweichend von den §§ 839, 840, 807, 809 bis 811, 813 bestimmen, daß die Unternehmer den Nachweis (§ 839) für jedes Kalenderhalbjahr oder Kalenderjahr an den Vorstand oder das von diesem bestimmte Organ der Versicherungsgenossenschaft binnen sechs Wochen nach Ablauf des Zeitabschnitts einzureichen haben und daß der Vorstand die Prämie (§ 807) nach Kalenderhalbjahren oder Kalenderjahren berechnet, den Auszug aus der Heberolle (§§ 809, 812) dem Unternehmer zustellt und die Prämie selbst einzieht. Dabei gelten die §§ 752, 754 Abs. 1, § 755 entsprechend.

4. Der § 845 erhält folgende Fassung:

Beschlüsse der Genossenschaftsversammlung über Einrichtungen der im § 843 bezeichneten Art und über die Satzungen der im § 843 Nr. 1, 2 bezeichneten Einrichtungen bedürfen der Genehmigung des Reichsversicherungsamts.

5. Der § 892 erhält folgenden dritten Absatz:

Als Ausführungsbehörden für Reichsbetriebe können auch Organe von Berufsgenossenschaften bestimmt werden.

6. Im § 1242 werden die Worte „der Bundesrat“ durch die Worte „das Reichsversicherungsamt“ ersetzt.

7. Dem § 1281 wird als Nr. 3 hinzugefügt:

3. die in der freiwilligen Kriegskrankenpflege einer dem Deutschen Reiche verbündeten oder befreundeten Macht zurückgelegten Dienstzeiten.

8. Im § 1360 Abs. 1 und 2, im § 1370 sowie im § 1380 Abs. 2 wird je das Wort „Bundesrat“ durch das Wort „Reichsarbeitsminister“, im § 1375 Satz 1 werden die Worte „Auf Beschluß des Bundesrats“ durch die Worte „Mit Genehmigung des Reichsarbeitsministers“ und im § 1380 Abs. 1 Satz 1 sowie im § 1400 Abs. 2 wird je das Wort „Bundesrat“ durch das Wort „Reichsarbeitsministers“ ersetzt.

9. Im § 1416 Abs. 1 Satz 2 und im § 1423 Absatz 3 werden die Worte „Der Bundesrat“ durch die Worte „das Reichsversicherungsamt“ ersetzt.

10. Im § 1447 Abs. 1 und 2 werden je die Worte „nach Anhören“ durch die Worte „mit Zustimmung“ ersetzt. Ferner wird im § 1447 als Absatz 3 eingefügt:

Die oberste Verwaltungsbehörde kann das Einzugsverfahren wieder aufheben. Auf Antrag eines Versicherungsträgers kann auch die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats das Einzugsverfahren wieder aufheben.

11. § 1522 Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 2 und 3 sowie § 1523 und § 1524 letzter Satz fallen weg.

Ferner fallen weg:

Im § 621 „§ 1522“ sowie in den §§ 1324 und 1526 „§ 1522 Absatz 3“.

Artikel II.

Die Vorschriften der §§ 2, 3 und 5 der Bekanntmachung über die Anrechnung von Militärdienstzeiten und die Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 23. Dezember 1915 (Reichsgesetzbl. S. 845) gelten entsprechend für Kriegsgefangene, Internierte und sonstige infolge feindlicher Maßnahmen im Auslande zurückgehaltene Personen, die nach dem 30. Juni 1921 nach Deutschland zurückkehren. Die Fristen der §§ 2 und 3 laufen sechs Monate nach Ueberschreiten der Reichsgrenze, spätestens jedoch mit dem 23. Juni 1923 ab. Für Kriegsgefangene laufen die Fristen nicht eher ab als sechs Monate nach der Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft.

Artikel III.

Die Vorschriften des Artikels I Nr. 7 treten mit Wirkung vom 1. August 1914, die Vorschriften des Artikels I Nr. 11 mit Wirkung vom 1. Juli 1922 in Kraft.

Artikel IV.

Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieses Gesetzes schwebt, unterliegen dessen Vorschriften. Ihre Nichtanwendung bildet auch dann einen Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Sind Ansprüche, die nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes begründet sein würden, ganz oder teilweise rechtskräftig abgelehnt worden oder sind Ansprüche auf Grund der aufgehobenen Vorschriften des § 1522 der Reichsversicherungsordnung oder entsprechender Vorschriften früherer Sätze rechtskräftig festgestellt worden, so hat sie der Versicherungsträger auf Antrag des Berechtigten nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu prüfen und über das Ergebnis einen neuen Bescheid zu erteilen.

C. Zur Krankenversicherung.

Sparkassenbücher als Wertpapiere im Sinne des § 365 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. Februar 1922 (2698 Amtl. Nachr. 1922 S. 286).

Wertpapiere der Kasse, die nicht lediglich zur Anlegung zeitweilig verfügbarer Betriebsgelder dienen, verwahrt nach § 365 RVO. der Gemeindeverband, wenn das Versicherungsamt nichts anderes bestimmt. Der Begriff des Wertpapiers ist in der Reichsversicherungsordnung und anderen Gesetzen, die sich seiner bedienen, nicht näher bestimmt und läßt eine mehrfache Auslegung zu. Im engeren Sinne wird unter einem Wertpapier eine Urkunde verstanden, die den Anspruch des Berechtigten dergestalt verkörpert, daß die Berechtigung selbst an die Urkunde und deren Eigentum geknüpft ist. Dies ist bei Sparkassenbüchern nicht der Fall. Sie dienen nur der Legitimation des Berechtigten. Der Schuldner darf an den Inhaber des Buches zahlen, ist dazu aber nur verpflichtet, wenn die Berechtigung, über den Anspruch zu verfügen, nachgewiesen wird. Dagegen gehören Sparkassenbücher und andere sogenannte hinkende Inhaberpapiere zu den Wertpapieren im weiteren Sinne. In welchem Sinne der Begriff zu verstehen ist, ist hiernach jeweils aus dem Inhalt und Zweck der einzelnen Gesetzesvorschrift zu ermitteln. Wenn § 365 RVO. vorschreibt, daß Wertpapiere der Kasse von dem Gemeindeverbande zu verwahren sind, so bezweckt er die Sicherung der Kasse gegen unbefugte Verfügungen über verbriefte Forderungen, zu deren Geltendmachung im allgemeinen der Besitz der über sie ausgestellten Urkunde befähigt, die daher wie bewegliche Sachen ergriffen und ebenso leicht auch von dem unberechtigten Besitzer verwertet werden können. Dies ist in erster Linie bei den eigentlichen Wertpapieren im engeren Sinne, insbesondere den Schuldverschreibungen auf den Inhaber, der Fall. Aber auch bei Sparkassenbüchern besteht, von besonderen Einzelfällen abgesehen, denen das Versicherungsamt durch anderweite Anordnungen Rechnung tragen kann, ein gleiches Bedürfnis der Sicherung. Denn im allgemeinen wird auch bei ihnen die darin bescheinigte Forderung an den Inhaber des Buches ohne Nachprüfung seiner Berechtigung bezahlt. Daher ist anzunehmen, daß § 365 RVO., seinem Zwecke einer tatsächlichen Sicherung entsprechend, den Begriff des Wertpapiers im weiteren Sinne verstanden wissen und seinen Schutz auch den sogenannten hinkenden Inhaberpapieren, insbesondere den Sparkassenbüchern, gewähren will. (Uebereinstimmend Hahn, Handb. der Krankenvers., 8. u. 9. Aufl., Anm. zu § 365 RVO.) Wenn die Bekanntmachung über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vom 9. Oktober 1913 (Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 1009) einen ausdrücklichen Unterschied zwischen Wertpapieren und Sparkassenbüchern macht, so fällt das wegen der völlig anders gearteten Zwecke dieser Bekanntmachung für die Auslegung des § 365 RVO. nicht ins Gewicht. Die Anordnung des Versicherungsamts entspricht daher dem Gesetze. Eine anderweite Regelung, zu der das Versicherungsamt mit Rücksicht auf besondere Verhältnisse des Einzelfalls ermächtigt ist, kann im Beschwerdeverfahren nach der Reichsversicherungsordnung nicht erzwungen werden. Die weitere Beschwerde war daher zurückzuweisen.

Dringlichkeit als Grund der Zuziehung eines fremden Arztes (§ 368 RVO).

Urteil des **Oberversicherungsamts München** (Spruchkammer) vom 6. Dez. 1921.

Nach §§ 26, 33 der Satzung leistet die Eisenbahnbetriebskrankenkasse R. die ärztliche Hilfe durch Kassenärzte, die für abgrenzte Bezirke aufgestellt sind. Die Bezahlung anderer Aerzte wird, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt. Ebenso ist nach § 34 a. a. O. der Kassenvorstand ermächtigt, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, zu verweigern. Die Entscheidung des vorliegenden Streitfalles ist sohin abhängig von der Frage, ob die Behandlung des Kindes Georg Sch. durch Dr. Sp. und im Roten Kreuz dringlich im Sinne der angeführten Satzungsbestimmung ist.

Diese Frage war zunächst bezüglich des Sprechstundenbesuches bei Dr. Sp. am 3. August 1920 zu bejahen. An diesem Tage war bei der Rückkehr der Ehefrau des Klägers und des erkrankten Kindes aus der Sprechstunde des Kassenarztes Dr. H. in ihre Wohnung der Leistenbruch wieder ausgetreten. Zweifellos war dieser Zustand mit heftigen Schmerzen ver-

bunden, deren Aeußerung die Mutter in so hochgradige Aufregung versetzen mußte, daß sie den nächsten Arzt Dr. Sp. aufsuchte. Wenn auch für die Beurteilung der Dringlichkeit im allgemeinen nur die objektive Sachlage, nicht etwa die subjektive Auffassung des Kranken maßgebend ist, so kann doch die sofortige Inanspruchnahme eines anderen Arztes durch heftige Schmerzen des Kranken gerechtfertigt sein (vgl. bad. VGH. bei Reger 21 S. 54, Hahn, Handb. d. Kr. V. S. Anm. 2b zu § 368 RVO.). Dies trifft nach Anschauung der Spruchkammer im vorliegenden Fall zu, zumal da Dr. H. in ziemlicher Entfernung, Dr. Sp. dagegen in nächster Nähe von Sch. wohnt. Die Kosten der Beratung durch Dr. Sp. am 3. August 1920 sind daher von der Kasse zu tragen.

Was die Operation und die Nachbehandlung des Kindes im Roten Kreuz durch Dr. H. und Dr. Sp. betrifft, so gab der Kassenarzt Dr. H. am 3. Aug. 1920 den Rat, das Kind gelegentlich operieren zu lassen. Durch das Austreten des Bruches wurde offenbar die Lage geändert, so daß Dr. Sp. am gleichen Tage möglichst baldige Operation empfahl und riet, diese im Roten Kreuz durch Dr. H. vornehmen zu lassen. Tatsächlich wurde das Kind erst am 9. August 1920 ins Rote Kreuz aufgenommen. In der Zwischenzeit machte Sch., der vom Betriebsrat seiner Dienststelle über die Rechtslage aufgeklärt worden war, den Versuch, eine ordnungsmäßige Einweisung des Kindes in ein Vertragskrankenhaus herbeizuführen, und begab sich zu diesem Zwecke am 7. August 1920 zu Dr H. Dieser lehnte aber die Einweisung ab, und zwar, wie er angab, wegen der höheren Kosten und wegen der Eigenmächtigkeit der Leute. Dabei ging Dr. H. offenbar von der unrichtigen Voraussetzung aus, daß das Kind am 7. August schon in das Rote Kreuz eingewiesen wäre und es sich für ihn nur noch um eine nachträgliche Einweisung als Kassenarzt handeln würde. Es ist auch nicht erwiesen, daß sich Sch. gegenüber Dr. H. etwa auf die Einweisung gerade ins Rote Kreuz versteifte. Es ist vollkommen glaubwürdig, wenn Sch. äußert, daß es ihm damals ganz gleichgültig war, in welchem Krankenhaus die Operation erfolgte und daß es ihm in der Unterredung mit Dr. H. lediglich darauf ankam, überhaupt eine Einweisung durch diesen zu erreichen.

Dr. H. war am 3. August 1920 durch die in der begreiflichen Erregung der Frau Sch. erfolgte Beiziehung des Dr. Sp. aus der Behandlung ausgeschaltet worden. Wenn es auch vom ärztlichen Standpunkte aus nicht angängig ist, einen Kranken in Behandlung zu nehmen, der bereits von einem anderem Arzte behandelt wird, so hätte nach Meinung der Spruchkammer Dr. H. den Versuch des Sch., ihn wieder in die Behandlung einzuschalten und den vermeintlichen Fehler seiner Frau gut zu machen, nicht ohne weiteres ablehnen sollen. Es wäre richtiger gewesen, das Kind im Benehmen mit Dr. Sp. in ein Vertragskrankenhaus einzuweisen, zumal der Kassenarzt aus der Unterredung mit Sch. vom 7. August hätte erkennen können, daß seine Behandlung nur ganz vorübergehend und nicht etwa bloß aus Eigenmächtigkeit, sondern auch aus menschlich sehr wohl begreiflichen Gründen in einem dringlichen Notfalle umgangen worden war. Da Dr. H. nicht mehr entgegenkam und jedes Eingreifen verweigerte, bestand für Sch. keine andere Möglichkeit, als dem Rate des Dr. Sp. zu folgen. Jedenfalls hatte Sch. sein möglichstes getan, um die nach der Satzung normale kassenärztliche Behandlung wieder herbeizuführen. Wenn der Kassenarzt aus persönlichen wenig stichhaltigen Gründen dazu die Hand nicht bot, kann das dem Sch. nicht zur Last gelegt werden. Es ist nach Ansicht der Spruchkammer auch Pflicht der Kassenorgane, insbesondere der Aerzte, Verstöße gegen die Satzung, zumal wenn sie, wie hier, nicht ersichtlich böswillig erfolgen, nach Tunlichkeit in ihren Folgen für die Kassenmitglieder zu mildern.

Unter diesen Gesichtspunkten stellt sich die Unterbringung und Operation des Kindes im Roten Kreuz als ein von der Kasse zu vetretender Umstand dar. Dazu kommt, daß die Operation wohl selbst dringend war. Der Einwand, daß die Verschiebung der Operation auf den 10. August 1920 gegen die Dringlichkeit spreche, ist insofern kaum haltbar, als durch den am Tage nach der Operation eingetretenen Tod des Kindes der Eindruck erweckt wird, daß die Operation schon zu lange hinausgeschoben war.

Es war daher wie geschehen zu erkennen.

Ein Ausspruch im Kostenpunkt (§ 1670 RVO.) war nicht veranlaßt.

Die der beklagten Kasse nach § 1803 RVO. aufzuerlegende Gebühr war nach § 47 der Verordnung vom 24. Dezember 1911 über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter auf 12 M. festzusetzen.

Im Hinblick auf §§ 1692 Ab. 1, 1695 Ziff. 4 RVO. wird bemerkt, daß gegen dieses Urteil kein Rechtsmittel mehr zulässig ist.

D. Zur Militärversorgung.

Gesetz über Teuerungsmaßnahmen für Militärrentner.

Vom 21. Juli 1922 (RGBl. S. 650.).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1 — Aus Anlaß der herrschenden Teuerung erhalten Personen, die nach dem Reichsversorgungsgesetze vom 12. Mai 1920 (Reichsgesetzbl. S. 989), dem Altrentnergesetze vom 18. Juli 1921 (Reichsgesetzbl. S. 953) oder früheren Militärversorgungsgesetzen Versorgung beziehen, auf Antrag Teuerungszuschüsse nach Maßgabe der §§ 2 bis 5.

Ausgenommen sind:

1. Beschädigte, deren Erwerbsfähigkeit um weniger als 50 vom Hundert gemindert ist;
2. Witwen, die weder erwerbsunfähig noch einer erwerbsunfähigen Witwe gleichgestellt sind;
3. Personen, die unabhängig von Dienstbeschädigung lediglich auf Grund ihrer Militärdienstzeit versorgt sind (Kapitulanten);
4. Personen, auf die das Pensionsergänzungsgesetz vom 21. Dezember 1920 (Reichsgesetzbl. S. 2109) Anwendung findet.

§ 2. — Der Teuerungszuschuß beträgt monatlich:

für einen Schwerbeschädigten bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 50 bis 80 vom Hundert	500 Mark,
für einen Schwerbeschädigten bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mehr als 80 vom Hundert	750 „
für einen Schwerbeschädigten, der nur auf die Rente angewiesen und nachweislich einen Erwerb auszuüben nicht imstande ist	1000 „
für eine Witwe	500 „
für eine Witwe, die nur auf die Rente angewiesen und nachweislich einen Erwerb auszuüben nicht imstande ist	700 „
für eine vaterlose Waise	250 „
für eine elternlose Waise	300 „
für einen Elternteil	300 „
für ein Elternpaar	500 „

Außerdem erhält der Schwerbeschädigte, wenn er für Kinder zu sorgen hat, neben dem Teuerungszuschusse für jedes Kind 200 Mark.

§ 3. — Als Teuerungszuschuß erhalten ferner:

1. Empfänger eines Uebergangsgeldes (§ 32 des Reichsversorgungsgesetzes) monatlich	450 Mark,
2. Empfängerinnen einer Witwenbeihilfe monatlich	450 „
3. Empfänger eines Hausgeldes (§ 13 des Reichsversorgungsgesetzes) während der vollen Kalendermonate der Heilbehandlung, auch wenn eine geringere Minderung der Erwerbsfähigkeit als 50 vom Hundert festgestellt ist, monatlich	450 „
und wenn Hausgeldempfänger für Kinder zu sorgen haben, neben dem Teuerungszuschusse für jedes Kind	200 „

§ 4. — Uebersteigt das regelmäßige Einkommen, das der Versorgungsberechtigte neben den Versorgungsgebührnissen bezieht, den ihm bei Erwerbsunfähigkeit nach § 2 oder § 3 zustehenden Teuerungszuschuß und die Zuschüsse für Kinder und Waisen um 75 vom Hundert, so erhält er die Teuerungszuschüsse nur zum halben Betrag; übersteigt sein Einkommen den Teuerungszuschuß um 125 vom Hundert, so erhält er keinen Teuerungszuschuß. Diese Einkommensgrenzen verringern sich für die Ortsklassen B und C um 10 vom Hundert und für die Ortsklassen D und E um 20 vom Hundert.

Versorgungsberechtigte, die nach ihrer Arbeitsfähigkeit in der Lage sind, einem Erwerbe nachzugehen, die Uebernahme einer ihnen nachgewiesenen, trotz ihres Leidens geeigneten Arbeit aber ablehnen oder ihren Arbeitsplatz schuldhaft verloren haben, erhalten keinen Teuerungszuschuß.

§ 5. — Beschädigte, die Versorgung nach den vor dem Mannschaftsversorgungsgesetz ergangenen Militärversorgungsgesetzen beziehen, gelten, wenn sie für gänzlich erwerbsunfähig anerkannt worden sind, um 100 vom Hundert, wenn sie für größtenteils erwerbsunfähig anerkannt worden sind, um 70 vom Hundert und wenn sie für teilweise erwerbsunfähig anerkannt worden sind, um weniger als 50 vom Hundert in ihrer Erwerbsfähigkeit gemindert.

§ 6. — Die nach § 87 des Reichsversorgungsgesetzes zu gewährende Teuerungszulage wird für das Sterbegeld (§ 34 des Reichsversorgungsgesetzes) auf 200 vom Hundert, die Pflegezulage (§ 31 des Reichsversorgungsgesetzes) und für die dem Blinden zustehenden Unterhaltskosten für den Führerhund (§ 7 des Reichsversorgungsgesetzes) von 35 auf 235 vom Hundert erhöht.

§ 7. — Die Teuerungszuschüsse können für einen Zeitraum von drei Monaten vor der Antragstellung, jedoch nicht für die Zeit vor dem 1. August 1922 nachgezahlt werden.

§ 8. — Sofern in einzelnen Fällen aus den Vorschriften dieses Gesetzes oder des Reichsversorgungsgesetzes besondere Härten sich ergeben, kann der Reichsarbeitsminister im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen einen Ausgleich gewähren.

Beschädigte, die eine Rente von weniger als 50 vom Hundert beziehen (Leichtbeschädigte), und erwerbsfähige Witwen sollen die Teuerungszuschüsse erhalten, wenn sie trotz eigenen Bemühens und trotz der Mitwirkung der Fürsorgestelle eine regelmäßige Erwerbstätigkeit nicht aufnehmen können und ihr Einkommen neben der Rente die im § 4 genannten Einkommensgrenzen nicht übersteigt.

§ 9. — Die Reichsregierung ist ermächtigt, bei zunehmender Teuerung die Teuerungszuschüsse (§§ 2 und 3) und die Einkommensgrenzen (§ 4) mit Zustimmung des Reichsrats und der Ausschüsse des Reichstags für den Haushalt und für Kriegsbeschädigtenfragen abzuändern. Während der Vertagung des Reichstags ist nur die Zustimmung des Reichsrats erforderlich; die Aenderung ist dem Reichstag mitzuteilen.

§ 10. — Die Durchführung liegt den Hauptfürsorgestellen und Fürsorgestellen der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge ob, soweit nicht der Reichsarbeitsminister etwas anderes bestimmt.

Gegen die Entscheidung der Fürsorgestelle kann Beschwerde an die Hauptfürsorgestelle eingelegt werden.

Diese entscheidet endgültig; das Spruchverfahren ist ausgeschlossen.

§ 11. — Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. August 1922 in Kraft.

Für reichsdeutsche Rentenempfänger, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, und für die durch den Friedensvertrag abgetretenen Gebiete sowie für das Saargebiet gilt dieses Gesetz nur, insoweit die Reichsregierung eine entsprechende Anordnung oder Vereinbarung trifft.

Verordnung zur Durchführung des § 7 des Reichsversorgungsgesetzes.

Vom 3. Juli 1922 (RGBl. S. 574).

Auf Grund des § 103 des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (Reichsgesetzbl. S. 989) wird zur Durchführung des § 7 dieses Gesetzes mit Zustimmung des Reichsrats und eines aus 28 Mitgliedern bestehenden Ausschusses des Reichstags folgendes bestimmt:

§ 1. — An erforderlichen Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln liefert das Reich:

a) künstliche Glieder mit Zubehör, insbesondere den dafür bestimmten Bandagen und Arbeitsansätzen,
b) Gesichtsersatzstücke (z. B. künstliche Augen, künstliche Nasen mit und ohne Brille, künstliche Ohrmuscheln und ähnliche Ersatzstücke), künstliche Zähne, Gebisse, Zahnbrücken, Gaumenplatten, Kiefererersatzstücke und Kieferschienen,
c) Perrücken,
d) künstliche Finger,
e) Stützapparate,
f) orthopädisches Schuhwerk,
g) Bruchbänder, Suspensorien, Urinale, Plattfußeinlagen, Krampfaderbinden, Gummistrümpfe,
h) Krücken, Krankenstöcke,
i) Krankenfahrstühle, Selbstfahrer,
k) Brillen, Fernrohrbrillen und Lupen,
l) Hörapparate,
m) außergewöhnliche Kleidungsstücke, deren Tragen infolge der Beschädigung notwendig ist, wie Stumpfstrümpfe, wollene und gefütterte Lederhandschuhe für verstümmelte Hände, Arbeitshandschuhe für verstümmelte Hände, Prothesenhandschuhe, Kopfschutzkappen.

§ 2. — Ferner werden bei anerkannter Notwendigkeit gewährt:

a) Winterhandschuhe für Blinde mit Führerhunden, der Träger von 2 Krücken oder 2 Stöcken und für Inhaber von Selbstfahrern; Regenmäntel für Blinde und für arm- oder beinlose Beschädigte und für solche Beschädigte, die wegen ihres Leidens dauernd auf den Gebrauch von 2 Krücken oder 2 Stöcken oder auf den Gebrauch eines Selbstfahrers oder Krankenfahrstuhls angewiesen sind; Schlüpfschuhe für Armlose, Wasser- und Luftkissen, Polsterkissen für Hüft- und Gesäßverletzte;
b) Ersatz der Kosten für unwesentliche durch die Beschädigung bedingte Abänderungen von Liegestühlen, Sitzstühlen, Fahrrädern und ähnlichen Gegenständen.

§ 3. — Künstliche Glieder mit doppelter Bandage und dazugehörigen Handschuhen, Stützapparate, künstliche Augen und orthopädische Schuhe werden das erstemal in doppelter, alle anderen Hilfsmittel in der Regel in einfacher Anzahl geliefert. Bei Lieferung in doppelter Anzahl kann das zweite Stück in einfacher Ausstattung gewährt werden. Auf Antrag kann statt eines Kunstbeins ein Stelzbein geliefert werden.

Künstliche Finger werden nur gewährt, wenn hierdurch die Greiffähigkeit der Hand gehoben wird.

Auf Selbstfahrer und Krankenfahrstühle hat der Beschädigte keinen Anspruch, wenn mit Hilfe von Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln eine seinen Bedürfnissen entsprechende Gehfähigkeit erzielt werden kann. Die Gewährung von Selbstfahrern setzt die Gebrauchsfähigkeit mindestens einer Hand voraus.

Den Trägern orthopädischen Schuhwerks können Schuhe für den nicht beschädigten Fuß, Handamputierten oder Handverletzten Handschuhe für die nicht beschädigte Hand gegen Erstattung eines angemessenen Kostenanteils geliefert werden. Die Höhe des Betrags kann der Reichsarbeitsminister allgemein festsetzen; sie darf im Einzelfalle bei Handschuhen die Hälfte, bei Schuhen ein Drittel der Herstellungskosten des Paares nicht übersteigen. Bedürftigen Beschädigten kann die Bezahlung dieses Betrags teilweise oder ganz erlassen werden.

§ 4. — Die Hilfsmittel werden in dauerhafter den Bedürfnissen des Beschädigten angepaßter Ausführung und Ausstattung gewährt.

§ 5. — Die Hilfsmittel werden vom Reiche kostenfrei geliefert. Für selbstbeschaffte Hilfsmittel werden die Kosten nur in besonderen Fällen und nur bis zur Höhe des Betrags erstattet, der bei einer Lieferung durch das Reich entstanden wäre.

§ 6. — Die Hilfsmittel werden instand gesetzt oder ersetzt, wenn sie durch natürliche Abnutzung schadhaft oder unbrauchbar geworden sind.

Der Reichsarbeitsminister kann für bestimmte Hilfsmittel eine Mindesttragezeit festsetzen.

Hat der Beschädigte durch Mißbrauch, Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit die Beschädigung oder Unbrauchbarkeit des Hilfsmittels herbeigeführt, so verliert er für die gewöhnliche Gebrauchszeit den Anspruch auf Instandsetzung oder Ersatz.

Im Wiederholungsfalle kann das Hilfsmittel nach Ablauf der gewöhnlichen Gebrauchszeit in einfacherer Ausführung oder Ausstattung als sonst üblich ersetzt oder die Ersatzleistung auf längere Zeit versagt werden.

§ 7. — Für die Instandsetzung und den Ersatz von Hilfsmitteln gelten die gleichen Grundsätze wie für die Beschaffung. Beim orthopädischen Schuhwerk werden die Kosten der durch die gewöhnliche Abnutzung verursachten Besohlung nicht ersetzt.

§ 8. — Hat der Beschädigte bei Verlust oder Unbrauchbarkeit der Hilfsmittel Ersatzansprüche gegen

Dritte, so übernimmt das Reich die Kosten der Instandsetzung oder Ersatz nur gegen Abtretung dieser Ansprüche.

§ 9. — Der Reichsarbeitsminister kann bestimmen, daß statt der Sachlieferung Pauschbeträge zur Anschaffung der Hilfsmittel gezahlt werden, wenn der Beschädigte es beantragt und die Gewähr dafür bietet, daß er die Hilfsmittel sachgemäß beschafft und instand hält.

Der Reichsarbeitsminister kann weiter zulassen, daß dem Beschädigten ein Betrag zur Verfügung gestellt wird, damit er das Hilfsmittel ohne vorherige Genehmigung selbst instand setzen lassen kann.

Diese Anordnungen des Reichsarbeitsministers bedürfen der Zustimmung des Reichsministers der Finanzen.

§ 10. — Wird ein Hilfsmittel nicht beansprucht oder seine Notwendigkeit nicht anerkannt, so besteht kein Anspruch auf Zahlung einer Abfindung.

§ 11. — Vorstehende Bestimmungen gelten auch für die Gewährung, die Beschaffung und den Ersatz von Führerhunden und Hundegeschirr sowie für die Instandsetzung des Hundegeschirrs.

Bei grobem Mißbrauch, grober Vernachlässigung und grober Mißhandlung kann der Führerhund entzogen werden.

Die Hunde sind mit Geschirr zurückzugeben, wenn sie für ihre Zwecke dauernd unbrauchbar geworden sind oder wenn der Beschädigte stirbt. Beim Tode des Hundes ist das Geschirr zurückzugeben.

Versicherungskosten, Gebühren, Steuern oder sonstige Unkosten für das Halten des Hundes werden nicht erstattet. Kosten für Arznei und Verbandmittel sowie für tierärztliche Behandlung werden in angemessenem Umfang ersetzt. Der Nachweis der entstandenen Kosten ist vom Beschädigten zu führen.

§ 12. — Beim Ruhen der Versorgung gemäß § 61 Nr. 5 R. V. G. kann die orthopädische Versorgung weitergewährt werden. Mit dem Erlöschen der Versorgung gemäß § 59 RVG. erlischt auch die orthopädische Versorgung.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das preußische Gesetz über das Hebammenwesen vom 20. Juli 1922 ist in Nr. 29 der Preuß. Gesetzsammlung S. 179 verkündet. Es gibt „jeder Frau in Preußen" (also nicht etwa nur „jeder Preußin"!) ein Recht auf Hebammenhilfe, d. i. auf Beratung und Hilfe in der Schwangerschaft, Hilfe bei Störungen in der Schwangerschaft, Hilfe bei der Geburt, Versorgung der Wöchnerinnen im Wochenbett und der Neugeborenen, sowie auf Beratung über die Pflege und das Stillen der Kinder (§ 1). Hebammen bedürfen eines Prüfungszeugnisses nach § 30 Abs. 3 GewOrdg. oder einer Zulassung durch den Minister für Volkswohlfahrt und einer Niederlassungsgenehmigung für den örtlichen Bezirk, in dem sie wohnen müssen (§ 2; nähere Regelung: §§ 4—9). Die Genehmigung und deren Widerruf erfolgt durch den Kreisausschuß, in Stadtkreisen durch den Magistrat (§ 10). Frauen, die weder eine ärztliche Approbation noch das Prüfungszeugnis besitzen, ist — von Notfällen abgesehen — jede Ausübung der Geburtshilfe untersagt (§ 3). Zu den Pflichten der Hebammen gehört besonders: Beratung der Schwangeren, Ausübung der Geburtshilfe, Versorgung der Wöchnerinnen und neugeborenen Kinder, Förderung der natürlichen Ernährung der Säuglinge, Mitwirkung bei der Säuglingsfürsorge nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses (§ 11), Ablegung von Nachprüfungen und Teilnahme an Fortbildungslehrgängen nach Vorschriften des Ministers für Volkswohlfahrt (§ 12). Zu anderer Erwerbstätigkeit bedarf die Hebamme der Genehmigung (§ 13; vgl. § 10). Ihre Berufstätigkeit unterliegt der Aufsicht des Kreisarztes (§ 14). Der Regierungspräsident (in Berlin der Polizeipräsident) erläßt eine Gebührenordnung; dabei werden nach näherer Vorschrift des Ministers für Volkswohlfahrt drei Teuerungsklassen gebildet (§ 15). Bei Streit über die Gebühr entscheidet der Landrat, in Stadtkreisen der Bürgermeister, und auf Beschwerde endgültig der Bezirksausschuß; die rechtskräftig festgesetzte Gebühr wird im Verwaltungszwangsverfahren beigetrieben (§ 16). Besondere Bestimmungen gelten für Hebammen, die eine Niederlassungsgenehmigung erhalten haben. Sie haben, soweit ihr Berufseinkommen (§ 11) hinter dem Mindestbetrag ihrer Teuerungsklasse, d. i. 12 000, bzw. 9000, bzw. 6000 Mk. für ein Jahr, zurückbleibt, an den Kreis Anspruch auf einen Zuschuß; die Mindestbeträge werden für die Zeit, in der die unmittelbaren Staatsbeamten Ausgleichszuschläge erhalten, entsprechend erhöht. (Näheres: §§ 17—20). Bezirkshebammen werden von einem Stadt- oder Landkreise für abgegrenzte Bezirke auf Grund statutarischer Regelung durch Dienstvertrag angenommen, wenn das Bedürfnis nicht durch Hebammen, die die Niederlassungsgenehmigung erhalten, gedeckt werden kann. Sie müssen in ihrem Bezirk oder in dem ihnen angewiesenen Teile des Bezirks wohnen und dürfen außerhalb ihre Berufstätigkeit nur ausüben, soweit es der Dienstvertrag gestattet oder vorschreibt, oder wenn keine zuständige Bezirkshebamme rechtzeitig zugezogen werden kann; in diesem Falle sind sie sogar verpflichtet, außerhalb Hilfe zu leisten. Die Annahme erfolgt probeweise auf 2 Jahre, unter Umständen auf 1 Jahr. Im Annahmevertrag sind der Bezirkshebamme die Gewährleistung eines Jahreseinkommens (mindestens 8000 Mk. und gewisse besondere Bezüge und Entschädigungen sowie Ruhegehalt) zuzusichern. (Näheres: §§ 21—28). Auf Kosten des Kreises sind Kreishebammenstellen einzurichten, denen außer Hebammen und Müttern, die auf Grund des Verhältniswahlverfahrens gewählt werden, auch ein Vertreter des Kreisausschusses, in Stadtkreisen des Gemeindevorstandes, der Kreisarzt und zwei Vertreter der Krankenversicherungsträger angehören. Diese Stellen sind in bestimmten wichtigen, das Hebammenwesen des Kreises betreffenden Angelegenheiten zu hören (§§ 29 bis 33). Aehnlich werden zur Anhörung vor gewissen Entscheidungen auf Kosten des Provinzialverbandes Provinzialhebammenstellen gebildet (§§ 34 bis 38). Es folgen Bestimmungen über Staatsbeihilfe (§ 39) sowie Uebergangs- und Strafbestimmungen (§§ 39—44). Das Gesetz tritt am 1. April 1923 in Kraft, wenn nicht der Minister für Volkswohlfahrt einen früheren Zeitpunkt bestimmt. (Näh.: § 45.)

Der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands hielt in Würzburg am 10. Juli seine Hauptversammlung ab. Aus allen Teilen Deutschlands waren Vertreter erschienen; über 400 Teilnehmer zählte die siebente Generalversammlung, die am Montag durch den Vorsitzenden des Verbandes, Abg. Behrens, eröffnet wurde. Geschäftsführer Lauf (Essen) erstattete den Geschäftsbericht. Ihm ist zu entnehmen, daß dem Gesamtverbande heute 658 Kassen angehören, 76 Kassen sind im Berichtsjahre neu beigetreten. Namhafte Verbesserungen auf dem Gebiete der Sozialversicherung sind durch die Bemühung des Vorstandes auch im abgelaufenen Geschäftsjahre zu verzeichnen gewesen. Die Beziehungen zu den übrigen vier Krankenkassen-Hauptverbänden waren wie bisher gute. Die Verbände gingen in gemeinsamen Fragen einheitlich vor, so vor allem in der Behandlung der Arzt-, Zahnarzt- und Apothekerfrage. Der Verband ließ sich nie von politischen Rücksichten leiten, hat vielmehr stets nur die Interessen der Krankenkassen vertreten.

Im Anschluß an den Geschäftsbericht wurde unter anderem einstimmig eine rechtzeitige Erhöhung der Grundlöhne entsprechend der Geldentwertung gefordert und eine einheitliche Festsetzung der Lohnstufen für unbedingt notwendig erachtet. Weiter wurde erneut die baldige Errichtung von Krankenkassenpflichtverbänden gefordert und eine angemessene Vergütung für die Einziehung der Invalidenversicherungsbeiträge und den Umtausch der Quittungskarten verlangt. Eingehend wurde die Frage der Anwendung des Sperrgesetzes auf die Krankenkassenbeamten behandelt. Ein Antrag der Ortskrankenkasse Hamborn (Rheinland), eine Verschmelzung des tagenden Gesamtverbandes mit dem Hauptverbande Deutscher Ortskrankenkassen (Sitz Dresden) herbeizuführen, wird von der Versammlung nach kurzer Aussprache fast einstimmig abgelehnt. Die Tagung ging dabei von dem Gesichtspunkte aus, daß dieselben Gründe, die im Jahre 1912 zur Gründung des Gesamtverbandes geführt haben, heute noch unvermindert fortbestehen, daß wohl in einzelnen Fragen im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft ein Zusammengehen mit den übrigen Verbänden erwünscht sei, daß aber eine völlige Verschmelzung nur zur Zersplitterung und zum Verfall führen würde.

Ministerialrat Prof. Dr Martineck vom Reichsarbeitsministerium hielt einen Vortrag über Krankenkassen und Wohlfahrtspflege. Ohne Mitwirkung der Krankenkassen ist eine wirklich durchgreifende Wohlfahrtspflege nicht möglich. Oertliche Kassenverbände sind der notwendige Unterbau der Wohlfahrtspflege. Diese Kassenverbände müssen sich mit den übrigen Trägern der Wohlfahrtspflege, das sind heute die Landesversicherungsanstalten, die Gemeinden und privaten Wohlfahrtsvereine zusammenschließen; gleicher Zusammenschluß ist auch in der Provinzial-Instanz notwendig. An praktischen Beispielen schilderte Vortragender die in Frage kommenden Organisationsformen und die Vorteile der Zusammenarbeit, auf der anderen Seite, die schweren Nachteile der Zersplitterung. Nach Erörterung der wichtigsten wohlfahrtspflegerischen Maßnahmen der Kassen auf dem Gebiete der Bekämpfung der Volkskrankheiten betonte der Vortragende die Notwendigkeit einer planmäßigen Wohlfahrtspflege für die Erhaltung unseres wichtigsten Volksgutes, der Arbeitskraft, und richtete einen warmen Appell an die Kassen, die Wohlfahrtspflege trotz finanzieller Bedrängnis als vordringlichste Aufgabe für den Wiederaufbau unseres Vaterlandes in den Vordergrund ihrer Arbeit zu stellen.

Ministerialrat Dr. Schulz aus dem Reichsarbeitsministerium behandelte in einem Vortrag über Zukunftsaufgaben der Sozialversicherung, deren wichtigste und brennendste Fragen. Nur allmählich, so führte er u. a. aus, könne man dem Gesamtumbau der Sozialversicherung zustreben. Jede Ueberstürzung, insbesondere auf organisatorischem Gebiete, müsse vermieden werden. Sie könnte das Gebäude unserer Sozialversicherung erschüttern, das ohnedies bei heutigem allgemeinen Tiefstand unserer Volkswirtschaft, mit der die Sozialversicherung eng verknüpft ist, ins Wanken geraten sei.

Geschäftsführer Lauf (Essen) berichtete sodann über den Stand der Arzt-, Zahnarzt-, Dentisten-, Apotheker-, Drogisten-, Optiker- und Krankenhausfragen. In der Aussprache betonte Servais (Aachen) die vielfachen Schwierigkeiten, die sich aus den örtlichen Verhandlungen mit den Aerzten ergeben und begründete nachfolgende, von der Versammlung einstimmig gutgeheißene Entschließung: „Die Zahl der Aerzte ist in Deutschland weit über den Bedarf gestiegen. Der Mehrzahl der Krankenkassen ist die freie Arztwahl aufgezwungen. Diese Tatsachen haben die Krankenkassenhauptverbände bei ihren Verhandlungen mit den Aerzten zu Zugeständnissen bringen müssen, welche die Kassen geldlich schon heute unerträglich belasten. Der Verbandstag erblickt hierin sowie in der hauptsächlich nur durch freie Vereinbarung getroffenen, ungenügenden Regelung des Verhältnisses zwischen Krankenkassen und Aerzten eine Gefahr für den gesamten Fortbestand der Krankenversicherung. Der Verbandstag erwartet die baldige gesetzliche Regelung der gegenseitigen Beziehungen. Der Verbandstag verlangt weiter die ernstliche Prüfung der Frage der Abgeltung der Sachleistungen der Krankenpflege durch Bargeldentschädigung."

Zur Krankenhausfrage stellte die Versammlung angesichts der Tatsache, daß die Tragung der gewaltig gestiegenen Krankenhauspflegekosten den Krankenkassen unmöglich wird, folgende Richtlinien auf: 1. Die Verhältnisse sind in den verschiedensten Teilen des Reiches außerordentlich ungleiche. Es muß daher gefordert werden, daß Krankenkassen und Krankenhausverwaltung bzw. deren Organisation bezirklich verhandeln. 2. Die Krankenkassen sind nicht in der Lage, die Krankenhäuser unter den heutigen Verhältnissen durch Bezahlung hoher Pflegesätze allein über Wasser zu halten. Nicht die gesamten Selbstkosten der Krankenhäuser lassen sich durch den Pflegesatz von den Krankenkassen erheben. 3. Krankenhäuser sind Anstalten, die der gesamten, öffentlichen Wohlfahrt zu dienen haben. Zu ihrer Errichtung und Unterhaltung sind die Gemeinden bzw. die Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege verpflichtet. Wo private Anstalten den Gemeinden ihre Verpflichtung abgenommen haben, haben letztere die Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes evtl. durch Zuschüsse zu ermöglichen, welche sie selbstverständlich bei ihren eigenen Anstalten auch zu leisten haben. 4. Die Krankenkassen sind gezwungen, eine sorgfältige Auswahl der Fälle vorzunehmen, welche sie den Krankenhäusern zuweisen. Nur in dringend notwendigen Fällen, die nur durch Krankenhausbehandlung geheilt werden können, ist letztere zu gewähren. Dabei darf der Aufenthalt im Krankenhause das unbedingt notwendige Maß an Zeit nicht überschreiten. Den Krankenkassen ist darüber ein Kontrollrecht einzuräumen. 5. Den Krankenhausverwaltungen ist immer wieder klar zu machen, daß die Gewährung von Krankenhauspflege nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehört. Wo man Verhandlungen ablehnt oder es an Entgegenkommen fehlen läßt, muß evtl. jede Zuweisung eingestellt werden, und ist nur nach §§ 1531 ff. RVO. für die Krankenhauspflege Ersatz zu leisten.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Dringende Bitte!

Auch in diesem Sommer haben die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während der nächsten Wochen nur unumgänglich nötige Fragen an den Briefkasten zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Bedeutung von Zuschlägen zum Krankengelde für Bemessung von Wochen- und Stillgeld.

1. **Nach Herzogenrath.** Antwort: Nach § 195a Abs. 1 Ziff. 3 u. 4 RVO. werden Wochen- und Stillgeld — abgesehen von den dort vorgesehenen Mindestbeträgen — in Bruchteilen „des Krankengeldes" bemessen. Weder diese Fassung noch sonst irgendetwas kann die Annahme rechtfertigen, daß hierbei nur an die Regelleistung gedacht sei, eine satzungsmäßige Mehrleistung an Krankengeld also bei der Bemessung des Wochen- und des Stillgeldes außer Betracht bleiben müsse. Deshalb müssen auch die Zuschläge zum Krankengelde, die nach Ihrer Satzung auf Grund des § 3 der Bekanntmachung v. 22. 11. 17 (Arb.-Vers. S. 817) für „Verheiratete" gezahlt werden und die allerdings die Rechtsnatur einer Mehrleistung an Krankengeld haben (zu vgl. Hahn in Mon.-Schr. für Arb.- u. Angest.-Vers. 1918 Sp. 437 ff.), auch auf die Bemessung des Wochen- und des Stillgeldes einwirken. Wenn geltend gemacht wird, daß dies gegenüber den unverehelichten Wöchnerinnen unbillig und mit dem Geiste des Wochenhilfegesetzes nicht verträglich sei, so müßte Ihre Satzung geändert werden; denn jene Bekanntmachung zwingt doch nicht zur Unterscheidung zwischen Verheirateten und Ledigen, sondern läßt solche Unterscheidung nur zu.

Nachweisung der ehelichen Geburt bei Familienwochenhilfe.

2. **Nach T.** Frage: Das Versicherungsamt verlangt stets bei Einreichung von Erstattungsrechnungen die Miteinreichung eines Trauscheines über die erfolgte Eheschließung bei Zahlung von Familienwochenhilfe für Ehefrauen. Unseres Erachtens ist diese Forderung ungerechtfertigt, da bereits aus der standesamtlichen Geburtsurkunde des Kindes hervorgeht, daß es sich um eine eheliche Geburt handelt. Ebenfalls sind ja in der Geburtsurkunde die Namen der Eheleute aufgeführt. Der Standesbeamte kann doch eine derartige Geburtsurkunde nicht ausstellen ohne Vorlegung des Trauscheins oder sonstiger Unterlagen. Dafür dürfte die Geburtsurkunde genügen. Die Trauscheine müssen die Wöchnerinnen sich oft erst mit vieler Mühe besorgen. Es handelt sich in vielen Fällen um in Polen geborene Schnitterinnen. Diese Scheine werden vom Versicherungsamt oft erst nach einem halben bis dreiviertel Jahr zurückgesandt, wobei es wiederholt vorkommt, daß eine zweite Entbindung inzwischen in einem andern Kassenbezirk stattgefunden hat. Ist von einer Beschwerde Erfolg zu erwarten?

Antwort: Wir halten das Verlangen des Versicherungsamts für unbegründet. Nach § 15 des Personenstandsgesetzes werden durch die ordnungsmäßig geführten Standesregister und durch die Auszüge aus ihnen diejenigen Tatsachen bewiesen, „zu deren Beurkundung sie bestimmt" sind. Was damit ausgedrückt sein soll, darüber besteht ein alter Streit. Manche meinen, daß sich die Beweiskraft nur auf die Haupttatsache, nicht auch auf die übrigen Umstände, die nur in der Urkunde „erwähnt", aber nicht beurkundet würden, beziehe. Die überwiegende Auffassung geht dagegen dahin, daß auch die näheren Umstände mit beurkundet und folglich mit bewiesen werden (zu vgl. Stölzel, Personenstandsgesetz, Anm. 6 zu § 15). Ist also in der Geburtsurkunde die Entbundene als Ehefrau eines Mannes angeführt, so gilt das Kind als eheliches Kind (a. a. O. Anm. 9 zu § 22). Es kommt aber vorliegend nicht einmal unbedingt auf die Vorschriften des Personenstandsgesetzes an. Denn weder die Kasse noch das Versicherungsamt sind bei der Prüfung von Ansprüchen auf Wochenhilfe an strenge Beweisvorschriften und an bestimmte Beweismittel gebunden, sondern sie haben das Recht und die Pflicht freier Beweiswürdigung, ob die Voraussetzungen des Anspruchs gegeben sind, und unter diesem Gesichtspunkte wird der Regel nach schon deshalb die Anführung der Eltern in der Urkunde als hinreichender Beweis der Ehelichkeit des Kindes anzusehen sein, wenn nicht besondere Umstände ein Bedenken hiergegen rechtfertigen.

Zahnärztliche Leistungen als Familienhilfe.

3. **Nach Stolp i. P.** Antwort: Wenn die Krankenkasse nach ihrer Satzung für Angehörige der Versicherten „ärztliche Behandlung" gewährt, so umfaßt diese auch die erforderliche zahnärztliche Behandlung. Das ergibt sich zweifelsfrei aus § 122 RVO. Da aber die Familienhilfe eine Mehrleistung ist, deren Einführung durch die Satzung im freien Ermessen der Kasse steht, so könnte die Satzung den Umfang dieser Leistung auch einschränken, also auch die Gewährung zahnärztlicher Behandlung ausschließen.

Krankengeld der Krankenkasse bei Heilstättenbehandlung der Reichsversicherungsanstalt.

4. **Nach Rodach.** Antwort: Ein Versicherter hat Anspruch auf Krankengeld, wenn er infolge Krankheit arbeitsunfähig ist. Ob diese Voraussetzung erfüllt ist, muß noch geprüft werden. Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung liegt sowohl dann vor, wenn die Krankheit selbst den Kranken zur Arbeit unfähig macht, wie auch dann, wenn zur Linderung oder Heilung des Leidens ein Heilverfahren erforderlich ist, das den sonst arbeitsfähigen Kranken an der Fortsetzung seiner Arbeit hindert. Da von der Reichsversicherungsanstalt Heilverfahren auch lediglich als

Vorbeugungsmaßnahmen eingeleitet werden, so ist keineswegs gesagt, daß sie auch ausnahmslos Arbeitsunfähigkeit in dem geschilderten Sinne bedingen. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 6e zu § 182.) Soweit aber nach dem Gesagten Arbeitsunfähigkeit und folglich Anspruch auf Krankengeld besteht, ist dieses zu gewähren, auch wenn der Versicherte durch das Heilverfahren der Reichsversicherungsanstalt vollen Unterhalt und außerdem noch vom Arbeitgeber sein volles Gehalt bezieht. (Vergl. Arb.-Vers. 1917 S. 788 Ziff. 17; ferner 1916 S. 240 Ziff. 13.).

Stillen eines fremden Kindes als versicherungspflichtige Beschäftigung.

5. **Nach Gießen.** Frage: Eine in der hiesigen Frauenklinik befindliche Schenkamme stillt das Kind einer ihr bekannten Wöchnerin und erhält dafür aus privaten Mitteln monatlich 100 M. Die Schenkamme ist in der Frauenklinik, in die sie selber wegen Entbindung aufgenommen war, verblieben, leistet keine körperliche Arbeit, bekommt aber im Interesse des der anderen Wöchnerin gehörigen, an die Muttermilch gewöhnten Kindes von der Klinik freie Wohnung und Kost. Liegt in diesem Falle ein Krankenversicherungspflicht begründendes Arbeitsverhältnis vor?

Antwort: Ihre Annahme, daß die Amme keine körperliche Arbeit leiste, ist unbegründet. Sie dient doch mit den Säften und Kräften ihres Körpers dem Fremden, dessen Kind sie stillt. Da sie dafür Lohn empfängt, so liegt ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nach § 165 RVO. vor (zu vergl. auch Arb.-Vers. 1919 S. 609), und es kann sich nur fragen, wer als Arbeitgeber der Amme anzusehen ist. In dieser Hinsicht ermöglichen Ihre Angaben kein sicheres Urteil. Als Arbeitgeber wird derjenige anzusehen sein, für dessen Rechnung der Lohn gewährt wird, also auf dessen Kosten der Barlohn sowie Wohnung und Kost in der Klinik bestritten werden.

Eine Innungskrankenkasse kann nicht Einrichtung eines Innungsausschusses sein.

6. **Nach N.** Antwort: Nach § 250 RVO. kann „eine Innung" für die ihr angehörigen Betriebe ihrer Mitglieder eine Innungskrankenkasse errichten. In der Begründung des Gesetzes (S. 175 zu § 263 des Entw.) wird ausdrücklich hervorgehoben, daß eine Innungskrankenkasse von einer freien oder von einer Zwangsinnung errichtet werden kann, nicht aber von einem Innungsausschuß. Hiermit steht es im Widerspruch, wenn das Oberversicherungsamt beschlossen hat: „Dem Antrag auf Fortbestehen der bisherigen Innungskrankenkasse als einer Einrichtung des zu errichtenden Innungsausschusses soll entsprochen werden." Das Oberversicherungsamt hat es vermieden, die Gesetzesvorschriften anzuführen, auf die es diesen Beschluß und überhaupt seine Entscheidungsbefugnis gründet. Dem Innungsausschuß liegt nach § 101 Gew.-Ord. die Vertretung der gemeinsamen Interessen der beteiligten Innungen ob, und es können ihm auch Rechte und Pflichten der beteiligten Innungen übertragen werden; aber selbstverständlich darf das nur geschehen, soweit nicht Vorschriften besonderer Gesetze entgegenstehen, der § 250 RVO. steht aber der Uebernahme einer Innungskrankenkasse durch den Innungsausschuß als dessen Einrichtung entgegen. Der Beschluß des Oberversicherungsamts ist daher, mangels jeder rechtlichen Grundlage, insbesondere mangels seiner Entscheidungsbefugnis, schlechthin unwirksam. Die Besorgnis der allgemeinen Ortskrankenkasse, daß ihr durch diesen Beschluß, infolge Erweiterung des Mitgliederkreises der Innungskrankenkasse, Pflichtmitglieder entzogen werden könnten, ist also unbegründet.

Auslegung einer Satzung, betreffend Familienhilfe. — Versicherungspflicht eines Selbständigen wegen einer unselbständigen Nebenbeschäftigung.

7. **Nach Rh.** Frage: Gemäß § 35 a II unserer Satzung haben die Kassenmitglieder für ihre dort aufgeführten versicherungsfreien Familienangehörigen Anspruch auf die Leistungen der Familienhilfe, wenn es sich um solche Angehörige handelt, die aus dem „Arbeitsverdienst" des Mitgliedes ganz oder überwiegend unterhalten werden. Wir bitten um Auskunft, ob auch 1) für freiwillig versicherte selbständige Landwirte, 2) für pflichtversicherte Söhne von Landwirten, die mit Familie gegen freien Unterhalt im elterlichen Betriebe tätig sind, der Anspruch auf Familienhilfe für ihre Ehefrauen und Kinder besteht. U. E. ist für diese Personen die Voraussetzung des § 35 a II nicht erfüllt, da es sich hier, wenigstens bei den selbständigen Landwirten, nicht um „Arbeitsverdienst", sondern um Einkommen aus dem Betriebe, welch letzterer doch Gemeingut der Ehegatten ist, handelt. Auch bei den Landwirtssöhnen möchten wir den Anspruch auf Familienhilfe verneinen, da die Ehefrau, wenn sie auch selbst nicht mit im Betriebe, so doch im Haushalt beschäftigt ist, den Unterhalt für sich und ihre Kinder von den Schwiegereltern erhält. — 3) Die hiesige Ortskrankenkasse hat die gleichen Bestimmungen über Familienhilfe in ihre Satzung aufgenommen wie die Landkrankenkasse. Würden bei einem von der Kirchenbehörde versicherten Küster, welcher in seinem Hauptberuf Landwirt bezw. Gewerbetreibender ist, die Voraussetzungen zur Erlangung der Familienhilfe soweit es sich um den Unterhalt seiner Angehörigen aus dem „Arbeitsverdienst" handelt, erfüllt sein? — 4) Würde bei einem solchen Küster, der im Tage vielleicht 2 bis 3 Stunden gegen ein Jahresgehalt von 3 bis 4000 Mk. für die Kirche tätig ist, Versicherungspflicht vorliegen?

Antwort: Wenn Ihre Auffassung richtig wäre, so würde die Satzungsbestimmung (§ 35 a II), als mit der Gleichberechtigung aller Mitglieder der Kasse unvereinbar, ungültig sein. Denn sie würde gewisse Versicherte von dem Anspruch auf Familienhilfe für ihre Angehörigen schlechthin ausschließen. Deshalb muß unseres Erachtens die Bestimmung so ausgelegt werden, daß sie aufrechterhalten werden kann, und dies erscheint zunächst in dem ersten der beiden Fälle durchaus angängig. Das Einkommen, das ein selbständiger Landwirt durch den Betrieb seiner Wirtschaft erwirbt, wird doch auch durch seine Tätigkeit erworben, ist also nicht bloß Einkommen aus dem Besitz, sondern zugleich Arbeitsverdienst. Daß der Betrieb „Gemeingut der Ehegatten" sei, ist eine willkürliche Annahme. Ob etwa die Frau in solchem Maße mitarbeitet und folglich miterwirbt, daß man sagen kann, sie werde nicht ganz oder überwiegend aus dem Arbeitsverdienst ihres Mannes unterhalten, ist eine nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilende Tatfrage. Ebenso liegt die Sache in den Fällen der zweiten Art. Der pflichtversicherte Landwirtssohn erwirbt durch seine Tätigkeit im elterlichen Betriebe den Unterhalt für sich und seine Familie; daß die Eltern diesen Unterhalt auch für die Familie des Sohnes bereitstellen, bedeutet, daß dies mit zu seinem Arbeitsverdienst gehört. Auch in dem Falle des Landwirts oder Gewerbetreibenden, der nebenbei Küster ist, liegt kein Anlaß zu einer anderen Beurteilung vor. Die Frage schließlich, ob er wegen der Beschäftigung als Küster versicherungspflichtig ist,

muß unter dem Gesichtspunkt des § 168 RVO. und Ziff. I 3 der Bekanntmachung v. 17. 11. 13 (Arb.-Vers. 1913 S. 848) geprüft werden. Es kommt darauf an, ob der Bezug von 3000 bis 4000 Mk. im Jahre, bei Berücksichtigung der sonstigen Einkommensverhältnisse, für den Lebensunterhalt des Mannes „wesentlich“ ist.

Wartezeit für Mehrleistungen der Kasse.

8. **Nach Berlin.** Antwort: Nach dem § 33a Ihrer Satzung gewährt die Kasse beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes des Mitgliedes ein näher bestimmtes Sterbegeld unter der Voraussetzung, daß beim Eintritt des Unterstützungsfalles eine sechsmonatige Wartezeit zurückgelegt ist. Das entspricht dem § 208 Satz 1 RVO., der die Einführung einer solchen Wartezeit zuläßt. In dieser Gesetzesvorschrift heißt es aber weiter, daß eine solche Bestimmung nicht gilt für Mitglieder, die binnen der letzten 12 Monate bereits für mindestens 6 Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse gehabt haben (Satz 2 a. a. O.). Dieser Teil des § 208 RVO. ist nach seiner Fassung zwingender Natur. Die Wartezeit „gilt nicht“, sofern die Voraussetzungen des zweiten Satzes des § 208 RVO. tatsächlich festgestellt sind, wenngleich die Satzung eine entsprechende Bestimmung nicht aufgenommen hat. Die Satzung kann die Anwendung dieser Gesetzesvorschriften nicht ausschließen. Damit ist die Entscheidung des Versicherungsamts begründet.

Grenze des Erstattungsanspruchs aus § 197 Absatz 2 RVO.

9. **Nach Flensburg.** Antwort: Der Erstattungsanspruch aus § 197 Abs. 1 RVO. erstreckt sich, wie wir schon S. 31 Ziff. 7 ausgeführt haben, nicht auf Mehrleistungen, welche die Kasse nach ihrer Satzung gewährt hat (§ 195b). Der Erstattungsanspruch ist aber nach Abs. 2 überhaupt nur begründet bis zur Höhe des Anspruchs, welcher der Wöchnerin gegen die erstattungspflichtige Kasse zugestanden hätte, „wenn diese leistungspflichtig gewesen wäre“. Durch diese Fassung ist man genötigt, eine tatsächlich nicht gegebene Voraussetzung als gegeben anzunehmen. Das kann in zweierlei Art geschehen, nämlich:

a) man geht von der Tatsache aus, daß die Mitgliedschaft bei der erstattungspflichtigen Kasse beendet war, unterstellt aber, daß die Niederkunft vor dem Ausscheiden aus dieser Kasse stattgefunden habe; oder

b) man geht von der Tatsache aus, daß die Niederkunft nach dem Ausscheiden stattgefunden hat, unterstellt aber, daß die Mitgliedschaft bei der erstattungspflichtigen Kasse noch bis zur Niederkunft fortgedauert habe.

Faßt man die Bedingung des Gesetzes in dem zu a) bezeichneten Sinne auf, so kann bei Berechnung der Grenze der Erstattungspflicht nur der Grundlohn der Wöchnerin zur Zeit ihres Ausscheidens zugrunde gelegt werden. Hierauf beruhen unsere Auskünfte im Jahrg. 1920 S. 159 Ziff. 3, S. 219 Ziff. 2, S. 318 Ziff. 3 (ebenso Jaeger, Wochenhilfe, Anm. 9 zu § 197). Faßt man dagegen jene Bedingung im Sinne zu b) auf, so würde allerdings der Grundlohn zugrunde zu legen sein, der für die Wöchnerin bei der erstattungspflichtigen Kasse zur Zeit der Niederkunft gegolten hätte. Es ist aber unrichtig, daß bereits eine grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts in diesem letzteren Sinne vorliege. In der Begr. der Entsch. 2146 Amtl. Nachr. 1916 S. 350 findet sich allerdings die Bemerkung, daß die Kasse nicht mehr zu leisten brauche, als sie zu leisten hätte, „wenn die Wöchnerin noch bei ihr versichert wäre“; aber diese Frage war nicht Gegenstand der grundsätzlichen Entscheidung, und das RVA. hat den vorliegenden Zweifel gar nicht in Betracht gezogen und erörtert, vielmehr den § 197 RVO., der damals den Abs. 2 überhaupt noch nicht enthielt, grundsätzlich nur dahin ausgelegt, daß der Erstattungsanspruch seine Höchstgrenze in dem Betrage finde, den die erstattungspflichtige Kasse bei eigener Leistungspflicht zu gewähren gehabt hätte. — Wir erkennen die Zweifelhaftigkeit der Frage an, und es wird gut sein, wenn sie gelegentlich zur grundsätzlichen Entscheidung vor das RVA. gebracht wird.

Anspruch auf Krankenkassengeld neben Versorgungsheilbehandlung.

10. **Nach Dessau.** Antwort: Wir haben die Frage schon wiederholt erörtert und verweisen auf Arb.-Vers. 1920 S. 580 Ziff. 12 und 13, 1921 S. 20 Ziff. 10. Danach hat der Versicherte, wenn die Anstaltsbehandlung — oder wie im vorliegenden Falle eine Badekur — vom Versorgungsamt gewährt wird, gegen die Krankenkasse Anspruch auf Krankengeld, wenn er tatsächlich arbeitsunfähig ist. Ist dies nicht der Fall, ist der Versicherte vielmehr nur durch die Maßnahme des Versorgungsamts an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit behindert, so besteht selbstverständlich kein Anspruch auf Krankengeld.

Wochengeld für die Zeit vor und nach der Entbindung.

11. **Nach Ingolstadt.** Antwort: Die Annahme, daß nach der jetzt geltenden Fassung des § 195a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. zwingend vorgeschrieben sei, daß die zehnwöchige Bezugsdauer für das Wochengeld vom Tage der Entbindung laufe, ist gänzlich haltlos, da das Gesetz doch ausdrücklich nur fordert, daß mindestens 6 von den 10 Wochen in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen, woraus von selbst folgt, daß (höchstens) 4 Wochen in die Zeit vor der Niederkunft fallen dürfen. Näheres hierüber: Arb.-Vers. 1920 S. 639 Ziff. 12.

Ansprüche der Kasse, die einem ausgeschiedenen, aber nicht abgemeldeten Mitgliede grundlos Krankengeld gewährt hat.

12. **Nach Bartenstein.** Antwort: Wenn die Krankenkasse die P. dem Krankenhause zur stationären Behandlung überwiesen hat, so ist sie dem Krankenhause gegenüber aus dem erteilten Auftrage zur Bezahlung der Kosten verpflichtet, auch wenn sich nachträglich ergeben hat, daß die P. zur Zeit der Erkrankung bereits aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden, also nicht mehr Pflichtmitglied der Kasse war und sich weder nach § 313 RVO. weiterversichert hatte noch auf Grund des § 214 RVO. anspruchsberechtigt war. Die Kasse kann aber die geleistete Zahlung von der P. aus dem Rechtsgrunde der ungerechtfertigten Bereicherung zurückfordern (§ 812 BGB.). Sollte von der P. nichts zu erlangen sein, so kann sich die Kasse aber auch mit einer Schadenersatzforderung an den Arbeitgeber halten, der die Abmeldung der P. versäumt hat, falls nicht etwa besondere Umstände vorliegen, die die Annahme eines Verschuldens des Arbeitgebers ausschließen. — Zu vgl. Arb.-Vers. 1919 S. 19 Ziff. 6.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung“ in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1363 der ganzen Folge.

39. Jahrgang 1. September 1922 Heft 25

Der Valutaschwund der Wochenhilfe.

Von Clara Schloßmann in Düsseldorf.

Die Reichswochenhilfe war eine soziale Tat. Sie wurde im September 1919 umgewandelt in das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge, durch welches dem größten Teil der deutschen Wöchnerinnen, soweit sie dessen bedurften, eine namhafte Unterstützung gewährt wurde; freilich war schon damals die Leistung, im Vergleich zur Reichswochenhilfe von 1914, nicht dem gesunkenen Geldwerte entsprechend erhöht worden. Immerhin war nun erfüllt, was alle um die Mutterschaftsfürsorge bemühten Kreise seit langem erstrebten, und nur ein noch weiterer Ausbau blieb zu wünschen übrig, so besonders: Ausdehnung des Kreises der Berechtigten, Erhöhung der Leistungen, Verlängerung des Stillgeldes.

Was aber ist im Laufe der traurigen Zeit aus der Wochenhilfe geworden? Sind die Leistungen der gesunkenen Kaufkraft des Geldes angepaßt worden, oder sind sie durch den Valutafall ausgehöhlt und allmählich stark entwertet? Hierbei ist zu unterscheiden die Wochenhilfe der Selbstversicherten einerseits, anderseits die Familienwochenhilfe und die Wochenfürsorge.

Die Wochenhilfe der Selbstversicherten ist, wenn auch nur zögernd, mit den anderen Barleistungen der Krankenversicherung der Geldentwertung angepaßt worden. Das Wochengeld wird ja in Höhe des Krankengeldes gezahlt, das Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes. Da das Krankengeld mindestens 50 % des Grundlohnes beträgt, bei vielen Kassen aber mehr, so erhöhen sich diese Leistungen mit Steigen des Lohnes automatisch. Die zu niedrige Begrenzung des Grundlohnes, die zeitweise für die hochgelohnten Versicherten das Krankengeld so jämmerlich gering machte, schädigte die Mehrzahl der Wöchnerinnen nicht, da ja die versicherten Frauen überwiegend in den Mittel- oder Unterstufen der Grundlohnskala sind. Wenn also der Lohn entsprechend gestiegen ist, so kommt für die Selbstversicherten als Nachteil des Valutaschwundes nur der festliegende Entbindungsbeitrag in Betracht, der im September 1919 50 Mk. betrug und heute 250 Mk. beträgt.

Ganz anders bei der Familienwochenhilfe und der Wochenfürsorge! Hier betrug das Wochengeld im September 1919 1,50 Mk., das Stillgeld 0,75 Mk.; heute beträgt das Wochengeld 4,50 Mk., das Stillgeld 8 Mk. Die gesamte Wochenhilfe belief sich bei voller Stilldauer im September 1919 auf 220,25 Mk.; heute beträgt sie 1249,50 Mk., also knapp das Sechsfache. Die dafür einzutauschenden Sachwerte sind aber um mehr als doppelt so viel gestiegen. So wurden z. B. in Düsseldorf für die Hebeamme im September 1919 50 bis 75 Mk. bezahlt, heute 800 bis 1500 Mk. Und ein Liter Milch kostete damals 0,70, heute 11,50 Mk. Eine Erhöhung der Familienwochenhilfe ist also nötig, wenn man sie vor völligem Valutaschwund bewahren will; die letzte Erhöhung

vom 6. Juni 1922, die nur das Stillgeld von 4 Mk. auf 8 Mk. hinaufsetzte, genügt keineswegs.

Auf welche Weise aber findet die Erhöhung am zweckmäßigsten statt? In volkswirtschaftlicher Hinsicht besonders wertvoll ist die Leistung des Stillgeldes. Dies ist die beste Propaganda für die natürliche Ernährung des Kindes; es dient nicht nur der jetzigen, sondern in weitem Maße auch der kommenden Generation. Infolge der Gewährung von Stillgeld wird das Stillen wieder als eine selbstverständliche Pflicht empfunden, und nur eins ist zu bedauern, nämlich daß es nur zwölf Wochen gewährt wird. Sehr viele Frauen setzen das Kind nach Wegfall des Stillgeldes ab, oft gewiß in der Meinung, daß das Kind der Muttermilch nicht mehr bedürfe, da ja das Gesetz das Stillgeld auf diese Dauer beschränkt hat. Dringend wünschenswert wäre, die Dauer auf ein halbes Jahr auszudehnen, wie auch Dr. Salomon in einem Aufsatz „Ueber die neuen Sätze der Reichswochenhilfe" befürwortet.*) Ich bin mir bewußt, daß dieser Vorschlag eine gewisse Ungerechtigkeit gegenüber denjenigen Frauen bedeutet, die aus triftigen Gründen wegen körperlicher Fehler nicht stillen können. Da es sich hierbei aber nur um wenige Fälle handelt, so steht der Nachteil der wenigen in gar keinem Verhältnis zu dem sehr großen volksgesundheitlichen Vorteile, und es muß Aufgabe der Mütterberatungsstellen und Wohlfahrtsämter bleiben, durch Gewährung von Milch an bedürftige, stillunfähige Frauen diese Härte auszugleichen.

Eine Verdoppelung der Wochenhilfe, die allermindestens zu fordern ist, würde also meines Erachtens am besten derart festgesetzt, daß bei dem Entbindungsgeld und dem Wochengeld der Betrag, bei dem Stillgeld aber die Dauer verdoppelt würde. Andere Staaten sind uns darin voraus. So gibt Jugoslavien bis zu sechs Monaten Stillgeld, und Frankreich hat Stillgeld für ein volles Jahr vorgesehen.

*) Zeitschrift für Soziale Hygiene, Fürsorge und Krankenhauswesen; Januar 1922.

Die Frage der Stilldauer berührt sich auch mit der vielerörterten Frage der Geburtlichkeit. Sowohl Befürworter wie Gegner der Geburtenregelung sind darüber einig, daß eine zu rasche Geburtenfolge nicht wünschenswert ist, im Interesse der Mutter sowohl wie in dem der Kinder. Das Stillen aber wirkt, wenn auch öfters Ausnahmen vorkommen, als ein von der Natur gegebenes, die Empfängnis hinderndes (antikonzeptionelles) Mittel.

Was nun die Selbstversicherten betrifft, die ja von dem Valutaschwund weit weniger betroffen sind, so wäre für sie zwar das Entbindungsgeld natürlich in gleicher Weise zu erhöhen wie bei der Familienwochenhilfe. Auch die Dauer des Stillgeldes wäre zu verlängern, aber meines Erachtens brauchte es für das zweite Vierteljahr nicht in gleicher Höhe gewährt zu werden, wie das Gesetz jetzt für das erste Vierteljahr bestimmt, sondern es könnte entweder in der Höhe des Stillgeldes der Familienwochenhilfe festgesetzt werden, oder — wenn hiergegen etwa Bedenken grundsätzlicher Art bestehen sollten — das Stillgeld könnte von der 13. bis zur 26. Woche auf ein Viertel des Krankengeldes, mindestens aber auf soviel, wie das Stillgeld der Familienwochenhilfe beträgt, festgesetzt werden.

Die nachstehende Tabelle zeigt zusammenfassend einerseits die vom September 1919 bis heute — Juli 1922 — gewachsene Spanne zwischen der Wochenhilfe der Selbstversicherten und der Familienwochenhilfe, anderseits das Mißverhältnis zwischen der Erhöhung der Familienwochenhilfe und der Kaufkraft des Geldes.

Wochenhilfe bei voller Stilldauer.

	Septbr. 1919	Juli 1922
Wochenhilfe für Selbstversicherte i. d. höchsten Lohnstufe	617,50 Mk.*)	7060,— Mk.*)
Wochenhilfe für Selbstversicherte in d. mittleren Lohnstufe**) .	311,— Mk.*)	2293,— Mk.*)

*) Dieser Betrag erhöht sich, wenn das Krankengeld mehr als 50 % des Grundlohnes beträgt.

**) Durchschnittslohn der Wöchnerinnen der Ortskrankenkasse Düsseldorf.

Familienwochenhilfe .	220,25 Mk.	1249,50 Mk.
Preis von 1 Liter Milch in Düsseldorf . . .	0,70 Mk.	11,50 Mk.

Bis die Gesetzgebung, deren Mühlen im Vergleich zur Schnelligkeit der Geldentwertung auch heute noch langsam mahlen, diese Vorschläge vielleicht in die Praxis umsetzt, sollten die Krankenkassen die Verlängerung des Stillgeldes als eine wichtige Mehrleistung ansehen und sie gewähren, soweit sie dazu in der Lage sind. Und zwar sollten sie bei dieser Mehrleistung den oben angegebenen Weg gehen und das Stillgeld für die Selbstversicherten nicht oder jedenfalls nicht wesentlich höher bemessen als das der Familienwochenhilfe, zumal sonst die Belastung für die Kasse eine zu hohe sein wird; beträgt doch zurzeit das gesetzliche Stillgeld für die ersten 12 Wochen in der höchsten Lohnstufe täglich 30 Mk., bei erhöhtem Krankengeld sogar evtl. 45 Mk.

Ein Hindernis für solche Bemessung des Stillgeldes scheint die Auffassung Jaegers zu bilden, der in seinem Kommentar sagt:

> „Ebenso wenig wie an der Höhe des Wochengeldes kann die Kasse bei der Erweiterung der Bezugsdauer des Stillgeldes etwas an der Höhe des Stillgeldes ändern. Dieses bleibt auch über die 12. Woche nach der Niederkunft hinaus auf der Höhe des halben Krankengeldes, mindestens aber auf 75 Pf. täglich (jetzt ja 8 Mk.) festgesetzt und ist auch an Sonn- und Feiertagen zu gewähren."

Diese Ansicht erscheint mir irrig. Die Ausdehnung der Dauer des Stillgeldbezuges entspricht sinngemäß der Ausdehnung der Krankenhilfe über die 26. Woche hinaus. Auch hier sagt das Gesetz mit fast dem gleichen Wortlaut wie im § 195b RVO.: „Die Satzung kann die Dauer der Krankenhilfe bis auf ein Jahr erweitern", und Hahn bemerkt hierzu in seinem Handbuch der Krankenversicherung: „Ebenso kann das Krankengeld für die Zeit nach den 26 Wochen unter dem gesetzlichen Mindestbetrag gewährt werden." Da in einer Kasse, in deren Vorstand ich bin, diese Frage umstritten war, fragten wir bei der „Arbeiter-Versorgung" an und erhielten die Antwort, es bestehe nicht das geringste Bedenken dagegen, daß die Satzung das Stillgeld für die Dauer der Erweiterung über 12 Wochen hinaus auf einen geringeren Betrag als den des halben Krankengeldes festsetzt. Das erscheint doch auch einleuchtend. Denn wenn die Satzung nach § 195b RVO. die Dauer des Stillgeldbezuges über 12 Wochen hinaus bis auf 26 Wochen erweitern „kann", es also in ihrem Ermessen steht, ob sie vom Beginn der 13. Woche ab das Stillgeld als eine Mehrleistung im Sinne des § 179 RVO. weitergewähren will oder nicht, so ist kein Grund zu finden, weshalb es unzulässig sein sollte, diese Leistung von der 13. Woche ab nur in Höhe eines Bruchteils des bis dahin gewährten Betrages zuzubilligen; nur muß dieser Bruchteil für alle berechtigten Wöchnerinnen der gleiche sein. Die Kassen können also ohne Bedenken den hier vorgeschlagenen Weg gehen.

Die Unfallmeldungen der Krankenkassen.

Von Stadtrat H. v. Frankenberg in Braunschweig.

Es ist für das Zusammenwirken der verschiedenen Träger der Reichsversicherung von großer Bedeutung, daß sie sich gegenseitig von allen Fällen benachrichtigen, die nicht nur auf das Arbeitsgebiet eines einzigen Versicherungsträgers beschränkt sind, sondern gleichzeitig oder später zur Zuständigkeit und zum Aufgabenkreise anderer Dienststellen gehören. Von diesem Gesichtspunkte muß bei der Prüfung der Frage ausgegangen werden, welchen Wert die Mitteilung von Verletzungen durch Betriebsunfall seitens der Krankenkassen an die Berufsgenossenschaften hat, und wie die Erstattung derartiger Anzeigen am besten sichergestellt wird.

Noch immer ist die Abgrenzung der Versicherungspflicht, der Begriff eines Unfalls im Betriebe und mancher andere Zweifelspunkt weder durch die Gesetzgebung noch durch die

Rechtsprechung einwandfrei und zuverlässig klargestellt, und es kann deshalb nicht wundernehmen, wenn bei der Erfüllung der Anzeigepflicht des Betriebsunternehmers (§§ 1552 ff. RVO.) Irrtümer und Mißgriffe der mannigfachsten Art unterlaufen. Bald wird zuviel, bald zu wenig gemeldet: der eine glaubt, daß alle handwerksmäßigen Betriebe auch von dem Unfallversicherungszwange mit erfaßt würden, während bekanntlich bei vielen von ihnen (z. B. Tischlern, Stellmachern, Schneidern, Schuhmachern usw.) nur bei fabrikmäßiger Tätigkeit, bei Verwendung von Kraftmotoren oder bei Beschäftigung mit Bauarbeiten die Unfallfürsorge Platz greift. Ein anderer ist sich nicht darüber im klaren, ob der Unfall auch dann angezeigt werden muß, wenn es versehentlich unterlassen war, den Betrieb selbst zur Katasterrolle beim Versicherungsamt für die Berufsgenossenschaft anzumelden. Manche halten jeden unglücklichen Zufall in der eigenen Behausung, auf dem Spaziergange oder auf dem Wege zur Arbeit (aber außerhalb des Betriebsgrundstücks und ohne engeren Zusammenhang mit dem Betriebe) für ausreichend, um die Meldung zu erstatten, obwohl sie damit die Ortspolizeibehörde und die Genossenschaftsorgane unnötig in Anspruch nehmen. Nicht selten begegnen wir auch der Auffassung, daß man durch Eingehen einer Haftpflichtversicherung aller Obliegenheiten gegenüber der Berufsgenossenschaft enthoben sei. Wie oft in kleineren Gemeinden durch unrichtige Auskunft der befragten Beamten ein falsches Bild der Rechtslage entsteht, wird dem Praktiker bekannt sein; und die verschleppten Fälle, bei denen erst ganz verspätet das Feststellungsverfahren eingeleitet wird, bereiten den Genossenschaften und Spruchbehörden Schwierigkeiten genug.

Es ist deshalb eine sehr weise und zweckmäßige Anordnung, daß auch die **Krankenkassen** unfallmeldepflichtig sind. „Doppelt genäht hält besser." — Durch ihre Verpflichtung ist den Unfallorganen bessere Gewähr dafür gegeben, daß ihnen kein für sie wichtiger Fall entgeht. Dem Vorgange des § 76b des Krankenvers. Gesetzes folgend, schreibt § 1512 RVO. vor, daß die Krankenkasse jede Krankheit, die ein entschädigungspflichtiger Unfall herbeigeführt hat, dem Träger der Unfallversicherung **binnen drei Tagen** anzuzeigen hat, sobald genügender Anhalt dafür vorliegt, daß die Erwerbsfähigkeit des Unfalls über die 13. Woche hinaus beschränkt sein wird; wenn der Kranke nach Ablauf von drei Wochen nach dem Unfall nicht wiederhergestellt ist, so ist die Anzeige spätestens bis zum Ende der vierten Woche zu erstatten, es ist also in derartigen Fällen ohne gesonderte Einzelprüfung durchweg die Meldepflicht vorgeschrieben, damit die Berufsgenossenschaft es frühzeitig genug in der Hand hat, welche Schritte sie zur Feststellung des Sachverhalts über die Zuständigkeit der Polizeibehörde hinaus tun und ob sie alsbald das Heilverfahren übernehmen will. Denn diese beiden Fragen haben für sie großen Wert und rechtfertigen die Inanspruchnahme der Krankenkassen bei der Durchführung vollständig.

Wer muß die Unfallanzeige kassenseitig erstatten? Nach Absatz 2 des § 1512 ist dazu der geschäftsleitende Angestellte der Kasse (Verwaltungsdirektor, Rendant, erster Geschäftsführer, Bureauvorsteher, Hauptkassierer oder wie sonst die Dienstbezeichnung sein mag) verpflichtet, wenn nicht der Kassenvorstand einen anderen damit betraut. Es wird in denjenigen Fällen, in welchen eine übersichtliche Trennung zwischen den Zahlgeschäften (Einnahmen und Ausgaben) der Kasse und der bureaumäßigen Bearbeitung der Krankenfälle durchgeführt ist, sehr ratsam sein, wenn man demjenigen Beamten die Verantwortung zuweist, der im inneren Dienste gerade mit diesem Geschäftszweige, mit der Entgegennahme, Prüfung, Weitergabe und Erledigung der Krankmeldungen und der Arztbescheinigungen über Erwerbsunfähigkeit zu tun hat. Es darf bei einer so bedeutsamen Angelegenheit nicht so leicht gemacht werden, die Verantwortlichkeit von einem auf den anderen zu schieben. Auf der anderen Seite hat es keinen Zweck, jeden jungen Aushilfsbeamten, durch dessen Hände die Sache gelaufen sein mag, für die Unterlassung der Unfallmeldung haftbar zu machen; es muß für eine gewisse Stetigkeit gesorgt

werden, wenn nicht die ganze Maßregel ihren Zweck verfehlen soll.

Wer ist Empfänger der Unfallanzeige? Auch hierüber gibt § 1512 Abs. 2 Auskunft: im allgemeinen ist die Meldung an den Vorstand der Berufsgenossenschaft zu richten. Ist diese aber in Sektionen (Bezirke) eingeteilt, so muß die Anzeige bei dem Sektionsvorstande eingereicht werden. Diese Bestimmung ist deshalb sehr nützlich, weil sonst unnötiger Aufenthalt und überflüssige Kosten durch das Weitersenden entstehen würden. Die Berufsgenossenschaft selbst kann, wenn sie die Sektionseinteilung getroffen hat, mit der Meldung nichts anfangen, weil das Feststellungsverfahren ebenso wie das Eingreifen mit frühzeitigen Heilmaßregeln den Sektionsvorständen überlassen ist.

Ohne eine Strafandrohung würde die ganze Vorschrift leicht auf dem Papier stehenbleiben. § 1512 Abs. 3 gibt dem Versicherungsamte das Recht, wegen der Unterlassung der Anzeige eine Geldstrafe (bis zu 20 Mk.) festzusetzen. Auf Beschwerde hat das Oberversicherungsamt endgültig zu entscheiden, eine weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt ist nicht zulässig. Im allgemeinen darf angenommen werden, daß die Berufsgenossenschafts- und deren Sektionsvorstände nur in außergewöhnlichen Fällen von der Möglichkeit Gebrauch machen werden, eine Bestrafung säumiger Kassenbeamten herbeizuführen: bei absichtlicher Pflichtverletzung oder bei wiederholter Säumigkeit bleibt schließlich, um dem Gesetzeszweck zu dienen, kaum ein anderer Ausweg übrig. Zunächst wird man es aber bei einer Erinnerung oder einem einfachen Hinweis bewenden lassen; denn das gute Verhältnis zwischen den Versicherungsträgern würde empfindlich dadurch beeinträchtigt werden, wenn bei jedem geringfügigen Verstoß (z. B. bei der Ueberschreitung der Meldefrist um 2—3 Tage) die Bestrafung herbeigeführt werden sollte. Auch das Versicherungs- und das Oberversicherungsamt werden bei der Entscheidung, ob die Ordnungsstrafe verhängt werden soll, sich diesen Gesichtspunkt nicht entgehen lassen.

Wie sichert die Kasse die rechtzeitige Anzeigeerstattung? Es gibt dazu eine ganze Reihe von Mitteln. Der nächstliegende Weg ist die Befragung der Kranken selbst oder ihrer Angehörigen, wenn mündlich die Krankheit gemeldet wird, oder wenn die Ausfüllung von Vordrucken dabei üblich ist. Die Zusatzfrage: „Ist die Erkrankung durch Betriebsunfall herbeigeführt?" gibt Gelegenheit zur Stellungnahme. Würde man allgemein aus dem Gesetzeswortlaut die Voraussetzung hinzufügen, daß es sich um einen „entschädigungspflichtigen" Betriebsunfall handelte, so würde man wahrscheinlich den Beteiligten die Beantwortung arg erschweren; denn die wenigsten von ihnen wissen, ob Entschädigungspflicht in Betracht kommt. Nichts ist schlimmer, als bei solchen Vorermittlungen die Leute durch ein Uebermaß von Fragen kopfscheu zu machen. Es kommt darauf an, zunächst den Fall zu erfassen; die Aussonderung von Ausnahmen kann später (bei der Berufsgenossenschaft) erfolgen. Die wichtigste Hilfe für die Feststellung liegt in der Hand des Arztes, den der Unfallverletzte zuzieht. Wo feste Kassenärzte tätig sind, ist die Regelung am einfachsten, indem die Kasse mit ihnen das Nötige zur Beantwortung vorbereitet und verabredet. Aber auch im Rahmen der freien Arztwahl lassen sich bis zu einem gewissen Grade brauchbare Unterlagen beschaffen, allgemeine Abmachungen mit den Aerzten des Kassenbezirks treffen und Vordrucke einführen. Die Kassen- und die Arztverbände können hierbei wertvolle Unterstützung durch Belehrung der angeschlossenen Stellen und Persönlichkeiten leisten.

Weitere Förderung erfährt die Sache gelegentlich durch die Krankenbesucher, die sich über den Anlaß einer Verletzung erkundigen, durch die Arbeitgeber, bei denen eine Fernsprecheranfrage oder eine sonstige Nachforschung stattfindet, und durch die Krankenhausverwaltungen, in deren Obhut der Verletzte untergebracht ist.

Da die Krankenkasse in den Fällen des § 573 RVO. das Krankengeld vom Beginn der 5. bis zum Schlusse der 13. Woche nach einem Betriebsunfall auf zwei Dritteile des maßgebenden Lohnsatzes zu erhöhen und den

Arbeitgeber für den Mehrbetrag (regelmäßig ein Sechstel) in Anspruch zu nehmen hat, so muß sie selbst ebenso wie der Unfallverletzte Wert darauf legen, über derartige Fälle genau und verläßlich unterrichtet zu sein — es ist nicht nur die Sache der Berufsgenossenschaft, sondern auch ihre eigene Sache, die sie bei der Nachforschung, Prüfung uud Entscheidung verfolgt. Vor allen Dingen aber darf der Gedanke in den Vordergrund gestellt werden, daß die Reichsversicherung ein zusammenhängender Organismus ist, dessen einzelne Teile sich dienstbar sein müssen, damit nicht hier und da Stockungen und Stauungen eintreten, durch die der Gesamtheit unabsehbarer Schaden zugefügt wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Beschäftigungsort, wenn die Arbeitsstätte sich auf mehrere Betriebe erstreckt.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Februar 1922 (2697 Amtl. Nachr. 1922, S. 285).

Die in dem Stahlwerk Gebr. B. & Co., Aktiengesellschaft, D., beschäftigten gegen Krankheit versicherten Personen gehören bisher der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Landkreis N. an. Im Einverständnis mit der genannten Firma beansprucht neuerdings die Allgemeine Ortskrankenkasse in D. die Ueberweisung des Betriebs nach § 258 RVO. Die Betriebsstätte des Werkes erstreckt sich über ein Gebiet, das zum Teil dem Bezirke der Kasse N., zum anderen Teil demjenigen der Kasse D. angehört. Der räumlich weitaus überwiegende Teil liegt innerhalb der Grenzen der zum Bezirke N. gehörenden Gemeinde B. Er umfaßt insbesondere die gesamten Fabrikanlagen, in denen die bei weitem überwiegende Zahl der in dem Unternehmen beschäftigten Versicherten arbeitet. Nur das Verwaltungsgebäude erstreckt sich über die Grenze und liegt zum größten Teile auf D. Gebiet, hier sind insbesondere Feuerwehrschuppen, Autoschuppen, Laboratorium und Kasse untergebracht. Dagegen befindet sich wiederum derjenige Teil des Verwaltungsgebäudes, in dem die Leitung des Unternehmens sitzt, auf dem zum Bezirke der Kasse N. gehörigen Gebiete der Gemeinde B. Nach den Darlegungen der Firma gehört das Werk wirtschaftlich vollkommen zu der Stadt D., nämlich zu der Industriesiedlung D.-O. Die Firma ist Mitglied der Arbeitgebervereinigung D. und Umgegend und besitzt einen Privatanschluß an die Rheinische Bahn-Gesellschaft D. Ihren Post- und Fernsprechverkehr vermittelt das Postamt in D. und die Zweigpoststelle D.-O. Ihr Gerichtsstand ist laut Lieferungsbedingungen D., auch verhandelt sie vor dem Gewerbegericht in D. Die weist ferner darauf hin, daß ihre Arbeiterschaft dahin dränge, der Allgemeinen Ortskrankenkasse in D. anzugehören. Die Leistungen dieser Kasse seien günstiger als die der Ortskrankenkasse N., die Beiträge des industriellen Arbeitgebers aber bei der letzteren, der hauptsächlich landwirtschaftliche Betriebe angehörten, infolge ungerechtfertigter Gefahrenzuschläge erhöht. Das Versicherungsamt hat die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Landkreis N. für die Versicherung für zuständig erklärt. Dagegen haben die genannte Firma und die Allg. Ortskrankenkasse in D. Beschwerde eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich für die Ueberweisung des Betriebs an die Allgemeine Ortskrankenkasse in D. ausgesprochen. In diesem Sinne hat auch das Reichsversicherungsamt entschieden aus folgenden Gründen:

Die örtliche Zuständigkeit einer Ortskrankenkasse zur Versicherung einer nach § 165 RVO. gegen Krankheit versicherten Person richtet sich gemäß § 234 RVO. nach dem Beschäftigungsort. Als solcher ist, von gewissen hier nicht in Betracht kommenden Ausnahmen abgesehen, derjenige Ort anzusehen, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet (§ 153 Abs. 1 RVO.), also die tatsächliche Arbeitsstätte des Versicherten. Eine einheitliche Arbeitsstätte kann sich aber, wie im vorliegenden Falle, über die Bezirke mehrerer Krankenkassen erstrecken. Da sie eine wirtschaftliche und tatsächliche Einheit bildet, kann sie auch versicherungsrechtlich nicht zerlegt und der geographischen Grenzlinie entsprechend unter den verschiedenen beteiligten Kassen aufgeteilt, sie muß vielmehr, wie sämtliche Beteiligten zutreffend erkannt haben, einer einzigen Kasse zugewiesen werden. Die hierbei zu beobachtenden Gesichtspunkte bilden den Gegenstand des Streits und die grundsätzliche Frage, deretwegen das Oberversicherungsamt die Sache dem Reichsversicherungsamte vorgelegt hat. Es ist davon auszugehen, daß sich die Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung nicht wie bei der Unfallversicherung an bestimmte Betriebe, sondern an die tatsächliche Beschäftigung und Berufsstellung des einzelnen Arbeiters oder Angestellten anschließt. Der für die Mitgliedschaft bei einer Kasse maßgebliche Beschäftigungsort ist demgemäß nach § 153 Abs. 1 die Arbeitsstätte des Versicherten. Diese wird, wo eine Beschäftigung im Betriebe stattfindet, regelmäßig mit der Betriebstätte zusammenfallen. Sie bedeutet in diesem Falle die Betriebsstätte, gewissermaßen vom Standpunkt des Versicherten aus betrachtet. Bei der Zuweisung eines Betriebs zu einer von mehreren örtlich beteiligten Kassen muß es hiernach in erster Linie nicht auf die wirtschaftlichen Verbindungen und Beziehungen des Betriebs als solchen (vom Standpunkt des Unternehmers aus betrachtet), sondern auf den Schwerpunkt der versicherten Tätigkeit ankommen. Diese findet zum weitaus überwiegenden Teil auf B.er Gebiete statt, auf dem sich auch nicht nur der weit größere

Flächenraum des Unternehmens, sondern auch fast sämtliche Baulichkeiten und sonstigen Werkanlagen befinden. Daß der größere Teil des Verwaltungsgebäudes, aber nicht einmal derjenige, in dem die Leitung des Werkes untergebracht ist, jenseits der Grenzlinie liegt, kommt demgegenüber nicht in Betracht. Die engen Beziehungen des Unternehmens zum D.-O.er Industriegebiete wären ebensowohl denkbar, wenn der Betrieb völlig auf B.er Mark läge, ohne daß in diesem Falle auch nur der Gedanke aufkommen könnte, die Kasse D. für zuständig zu erklären. Derartige Gesichtspunkte können bei sonst zweifelhaften Verhältnissen ins Gewicht fallen, haben aber hier, wie bereits erwähnt, keine ausschlaggebende Bedeutung. Ebensowenig vermag nach Lage des Gesetzes der Wunsch der Versicherten, der etwa vorteilhafteren Leistungen einer anderen Kasse teilhaftig zu werden, die Kassenzugehörigkeit zu bestimmen. Die Beschwerde war hiernach zurückzuweisen.

B. Zur Krankenversicherung.

Anspruch eines beurlaubten Versicherten auf Krankenpflege außerhalb des Kassenbezirks bei einer neuen Krankheit.

Urteil des Versicherungsamts Lahr vom 18. Januar 1922.

... Es ist nicht bestritten, daß die Klägerin während ihrer Mitgliedschaft bei der beklagten Kasse am 13. März 1921 neu an Bauchfellentzündung und Nierenbeckenkatarrh arbeitsunfähig erkrankt war, daß Arzt und Arzneien in Anspruch genommen werden mußten und daß eine Rückreise nach Karlsruhe bei dem Zustand der Kranken nicht möglich war. Der § 368 RVO. bestimmt zwar, daß die Kasse die Bezahlung anderer als der Kassenärzte ablehnen kann. Er enthält aber gleichzeitig die Einschränkung, daß eine Ablehnung in dringenden Fällen nicht statthaft ist. In gleichem Sinne regelt der § 375 die Gewährung der Arzneien. Das Vorliegen eines dringenden Falles mußte nach dem Auftreten der Krankheit, wie sie sich aus den Ausführungen des behandelnden Arztes vom 24. August 1921 ergibt, mit Sicherheit angenommen werden. Dr. Fr. führte aus: „Zum ersten Mal wurde ich zu Frl. Schm. Sonntags, den 13. 3., nachts 10 Uhr gerufen, wo sie heftige Schmerzanfälle hatte. Ich stellte Bauchfellentzündung fest. In folgender Nacht wurde ich wiederum wegen der gleichen Anfälle gerufen. Pat. machte einen schwer kranken Eindruck. Es handelte sich um den plötzlichen Ausbruch einer neuen Erkrankung (Bauchfellentzündung und Nierenbeckenkatarrh, deren Vorhandensein vorher ärztlich nicht bekannt war. Patientin war von 13. 3. bis 13. 4. wegen akuter Bauchfellentzündung und deren Folgen (Nierenbecken-Blasenkatarrh und Blutarmut) in ärztlicher Behandlung. Wegen Lungenkatarrh sind keine Arzt - Apothekerkosten entstanden."

Der von der Beklagten verwerteten Entscheidung des Oberversicherungsamts Groß-Berlin in der Arbeiter-Versorgung vom Jahre 1919 S. 448, wird nicht beigetreten. Es ist richtig, daß durch Beurlaubung der Kranken die Kasse an sich nicht die Verpflichtung, ärztliche Behandlung außerhalb des Kassenbezirks zu gewähren, übernimmt. § 139 RVO. mit dem Verbot an die Arbeitgeber, durch Uebereinkunft die Versicherten in ihren Ansprüchen zu benachteiligen, gilt aber auch für die Kassen. Bad. Verwaltungsgerichtshof in Arb.-Versorgung 1906 S. 13. Die Beurlaubung beruhte auf Vereinbarung zwischen der Kasse und der Kranken und war nach Treu und Glauben auszulegen. Daß der Verzicht auf Arzt und Apotheke auch für den Hinzutritt eines neuen Leidens gelten sollte, mußte zum mindesten auf dem diesbezüglichen Stempelaufdruck des Krankenscheines Ausdruck finden. Es kann von dem Versicherten nicht verlangt werden, daß ihm der krankenrechtliche Krankheitsbegriff mit seiner Einschließung auch einer erneuten Krankheitsursache in den einheitlichen Rechtsbegriff geläufig ist. Die Vereinbarung, nach Treu und Glauben ausgelegt, konnte sich daher, wenn man überhaupt den Verzicht auf Rechte für zulässig hält, nur „rebus sic stantibus" auf die damalige Krankheit, nicht auf neue Krankheiten beziehen und hätte, wenn die Kasse die weitere Auslegung beabsichtigte, seinen unzweideutigen Ausdruck auf dem Krankenschein finden müssen.

Es lag deshalb kein Anlaß vor, von der Vorentscheidung vom 8. 9. 21, soweit nicht formale Aenderungen vorzunehmen waren, abzuweichen. Erneut wird auf die Rev.-Entsch. des RVA. vom 6. 6. 1916, Arb.-Vers. 1916 S. 728 und Arb.-Vers. 1920 S. 557 Ziff. 4 Bezug genommen.

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung durch die besondere Lage der Sache, die eine besondere Beurteilung erforderte (wie sie in den gesperrt gedruckten Sätzen enthalten ist), für gerechtfertigt und finden sie nicht schlechthin unvereinbar mit der Begründung der Entscheidung des Oberversicherungsamts Gr.-Berlin in Arb.-Vers. 1919 S. 448, die ausdrücklich anerkennt, daß die Beurlaubung den Sinn haben könne, daß die Kasse Krankenpflege auch am Urlaubsorte gewähren will, woraus rechtlich folgt, daß sie sie auch dort gewähren muß. Es können aber, abgesehen von einer solchen Auslegung der Willenserklärung der Kasse, auch besondere, vom Willen der Kasse unabhängige Umstände die Annahme rechtfertigen, daß die Kasse zur Gewährung der Krankenpflege am Urlaubsorte verpflichtet ist, obwohl sie sich hiergegen bei der Urlaubserteilung verwahrt hat, und ein solcher besonderer Umstand ist in der neuen, bei der Beurlaubung nicht vorhergesehenen Er-

krankung, die einen dringenden Fall darstellte, zu finden. Dieser Auffassung steht auch unsere Anmerkung im Jahrg. 1922 Heft 2 S. 24 nicht entgegen.

Wahl des Kassenvorstandes durch den neugewählten Ausschuß.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Datum nicht ersichtlich; 2701 Amtl. Nachr. 1922 S. 327).

.....Die Wahl des Kassenvorstandes baut sich auf der des Ausschusses auf; die Vertreter der Versicherten im Ausschuß wählen deren Vertreter im Vorstand (§§ 335, 339 RVO). Dieser Aufbau der Wahlen läßt ohne weiteres die Absicht des Gesetzgebers erkennen, daß im Interesse tunlichster reibungsloser Zusammenarbeit zwischen den Organen der Kasse der jeweils amtierende Vorstand von dem Vertrauen des im Amte befindlichen Ausschusses getragen sein soll. Das ist aber ausgeschlossen, wenn der Vorstand nicht von dem neugewählten, sondern von dem bisherigen Ausschuß gewählt wird; es wäre ein gegen Sinn und Zweck der Wahl verstoßender innerer Widerspruch, wenn vorliegend der neue Ausschuß für die ganze Dauer seiner Wahlzeit mit einem Vorstand zusammenarbeiten sollte, den er nicht gewählt hat. Allerdings ist die Wahl des Vorstandes eine dem Ausschuß obliegende Amtspflicht und kann deshalb nur dann von dem neugewählten Ausschuß vorgenommen werden, wenn dieser sein Amt bereits angetreten hat (§§ 335, 339 verbunden mit § 16 RVO., zu vgl. auch ArbVers. 1921 S. 557). Da vorliegend nach der Kassensatzung der neugewählte Ausschuß seine Tätigkeit erst mit dem 1. Januar 1922 aufnehmen sollte, so hätte an sich die Wahl des neuen Vorstandes nicht vor diesem Zeitpunkt stattfinden können. Ob sie im Hinblick auf die in § 23 der Wahlordnung vorgeschriebene sechswöchige Mitteilungsfrist frühestens 6 Wochen nach dem 1. Januar 1922 hätte anberaumt werden können, braucht nicht erörtert zu werden, nur sei darauf hingewiesen, daß eine Mindestfrist für die Ausschreibung der Wahl im Gesetze nur für die Ausschuß-, nicht aber für die Vorstandswahl vorgeschrieben ist (§§ 339 Satz 2, 334 Abs. 1 RVO.). Auch hätte, da die aus § 16 Abs. 1 RVO. sich ergebende Wahlzeit für den alten Ausschuß längst abgelaufen war, nichts entgegengestanden, vorliegend gegebenenfalls unter Abänderung der Satzung durch einen besonderen, vom Ausschuß gemäß § 345 Abs. 2 Nr. 6 zu fassenden Beschluß zu bestimmen, daß der neue Ausschuß seine Tätigkeit alsbald nach vollzogener Wahl aufnimmt; auch die Bek. über die Wahlen nach der RVO. vom 11. Januar 1917 (RGBl. S. 39) würde dem nicht entgegengestanden haben. In jedem Falle vermag auch die Kassensatzung die Wahl des neuen Vorstandes durch den bisherigen Ausschuß nicht zu rechtfertigen. Die Wahl muß vielmehr durch den neugewählten Ausschuß vorgenommen werden.

C. Zur Unfallversicherung.

Gesetz über Aenderungen in der See-Unfallversicherung.

Vom 21. Juli 1922 (RGBl. S. 653).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

An die Stelle der §§ 1067 bis 1070 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels IX des Gesetzes, betreffend Aenderungen in der Unfallversicherung, vom 11. April 1921 (Reichsgesetzbl. S. 467) treten folgende Vorschriften:

§ 1067. Als Jahresarbeitsverdienst der Personen, die zur Besatzung von Seefahrzeugen gehören, mit Ausnahme der in Schlepper- und Leichterbetrieben Beschäftigten, gilt das Zwölffache des Durchschnittsatzes, der zur Zeit des Unfalls bei Anmustern oder Anwerben an barem Entgelt (Heuer) für den Monat gewährt wird; dazu werden zwei Fünftel dieses Durchschnittsatzes für Vollmatrosen als Geldwert der auf Seefahrzeugen gewährten Beköstigung gerechnet.

§ 1068. Den monatlichen Durchschnitt setzt ein Ausschuß fest, der aus einem Vorsitzenden sowie aus Vertretern von Reedervereinigungen und Vereinigungen seemännischen Arbeitnehmern als Beisitzern besteht. Den Vorsitzenden ernennt der Reichsarbeitsminister. Die Beisitzer wählt das Reichsversicherungsamt aus den von den Vereinigungen von Reedern und seemännischen Arbeitnehmern vorgeschlagenen Personen.

An der Festsetzung sollen mindestens sechs Beisitzer mitwirken. Die Beisitzer müssen je zur Hälfte den beiden Arten von Vereinigungen entnommen sein.

Die Festsetzung bedarf der Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Das Reichsversicherungsamt kann für die Festsetzung eine Frist bestimmen; nach dem Ablauf der Frist kann es die Durchschnittsätze selbst festsetzen.

§ 1069. Die Festsetzung erfolgt einheitlich für die ganze deutsche Küste, und zwar nach den Lohnsätzen, welche die einzelnen Klassen der Schiffsbesatzung zur Zeit der Festsetzung beziehen. Der Durchschnitt kann auch noch nach der Gattung der Schiffe abgestuft werden.

Für die Klassen der Schiffsbesatzung, die neben Lohn oder Gehalt regelmäßige Nebeneinnahmen haben, wird auch deren durchschnittlicher Geldwert bei der Festsetzung des Durchschnitts eingerechnet.

Bei der Festsetzung sind die Sätze für Barlöhne und Sachbezüge in den zwischen Reedern oder Vereinigungen solcher und Vereinigungen seemännischer Arbeitnehmer abgeschlossenen Tarifverträgen zu berücksichtigen. Die

Vorschrift des § 1067 Halbsatz 2 wird hierdurch nicht berührt.

§ 1070. Bei Personen der Schiffsbesatzung, für die kein besonderer Durchschnit festgesetzt ist, werden drei Viertel des für Vollmatrosen festgesetzten Durchschnitts gerechnet.

§ 1071. Die Festsetzung wird in jedem Jahre einmal nachgeprüft. Das Reichsversicherungsamt kann auch in der Zwischenzeit Nachprüfungen anordnen.

Artikel II.

§ 1169 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Absatz 2:

Als Summe des durchschnittlichen Entgelts nach Abs. 1 Nr. 1 sind die für den Anfang des abgelaufenen Geschäftsjahrs maßgebenden Durchschnittsätze zu berücksichtigen.

Artikel III.

Das Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1922 in Kraft.

Der Artikel XI des Gesetzes, betreffend Aenderungen in der Unfallversicherung, vom 11. April 1921 (Reichsgesetzbl. S. 467) wird mit Wirkung vom 15. April 1921 ab aufgehoben. Die durch ihn aufgehobenen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung treten mit Wirkung vom gleichen Tage ab für die Zeit bis zum Ende des Jahres 1921 wieder in Kraft.

Sind Versicherungsleistungen auf Grund der Vorschriften des Artikels XI des Gesetzes vom 11. April 1921 rechtskräftig gewährt, so hat der Versicherungsträger die Feststellung nochmals zu prüfen. Führt die Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten beantragt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

Artikel IV.

Der Reichsarbeitsminister kann Näheres über die Durchführung des Gesetzes oder über das Verfahren bestimmen. Er kann diese Befugnis ganz oder teilweise auf das Reichsversicherungsamt übertragen.

D. Zur Militärversorgung.

Kein Ersatzanspruch nach § 14 Abs. 1 Satz 1 RVG., wenn die Krankenkasse kein Krankengeld zu zahlen hat.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 21. Februar 1922 (2699 Amtl. Nachr. 1922 S. 323).

Nach § 14 Absatz 1 Satz 1 RVG. wird den Krankenkassen in den Fällen, in denen sie nicht nur nach den Vorschriften dieses Gesetzes verpflichtet waren, Heilbehandlung und Krankengeld zu gewähren, für ihre Aufwendungen bis zum 1. April 1923 Ersatz geleistet, der nach Satz 3 a. a. O. bei Heilanstaltspflege drei Viertel, bei sonstigen Heilbehandlungen die Hälfte des satzungsmäßigen Krankengeldes beträgt. Zunächst spricht der Wortlaut „Heilbehandlung und Krankengeld“ nach den Regeln des allgemeinen Sprachgebrauchs überwiegend für die Auslegung, daß nicht für alle Fälle ein Ersatzanspruch vorgesehen sein soll, in denen Krankenhilfe in Form der Heilbehandlung oder des Krankengeldes gewährt wurde, sondern lediglich für die eine besondere Belastung der Krankenkassen mit sich bringenden Fälle eines Zusammentreffens beider Leistungen, also bei Heilbehandlung Arbeitsunfähiger. Allerdings ist die Vorschrift nicht so klar gefaßt, daß ihr Wortlaut nicht auch eine weitere Auslegung in dem Sinne zuließe, daß bei der Nebeneinanderstellung der Worte Heilbehandlung und Krankengeld Ersatz nach § 14 sowohl geleistet werden solle, wenn Heilbehandlung allein, wie wenn nur Krankengeld gewährt wird. Eine solche vom allgemeinen Sprachgebrauch abweichende Deutung, wonach das „und“ dem „oder“ gleichgesetzt würde, wäre aber nur zulässig, wenn gewichtige innere Gründe dafür sprächen. Das ist nicht der Fall. Sonderhoff (Die Ersatzkasse 1921 S. 181 ff.) sucht einen Mittelweg zu weisen, indem er ausführt, das Krankengeld sei vom Standpunkt der Militärversorgung aus nur eine Nebenleistung, ein Ausfluß oder Zubehör der Pflicht zur Gewährung der Heilbehandlung und sei in § 14 neben dieser nur erwähnt, weil im Reichsversorgungsgesetz ein der „Krankenhilfe“ der Reichsversicherungsordnung entsprechender Begriff fehle, dem Gesetzgeber komme es hier nicht darauf an, ob der eine oder andere oder beide Ansprüche im Einzelfalle gegeben seien, er habe nur zum Ausdruck bringen wollen, daß nach § 14 Ersatz zu leisten sei, wenn die Kasse wegen eines Versorgungsleidens auch versicherungsrechtlich zur Gewährung von Krankenhilfe verpflichtet sei. Für diese Auffassung bietet das Gesetz keine ausreichende Unterlage. Allerdings gibt das Reichsversorgungsgesetz im § 12 einen Anspruch auf Krankengeld nur hilfsweise, nämlich nur dann, wenn keine der im § 8 Abs. 3 genannten Klassen zur Zahlung verpflichtet ist, also wenn nicht schon auf Grund der Reichsversicherungsordnung und der Kassensatzung ein Anspruch auf Krankengeld besteht (zu vgl. Ausführungsbest. zu § 12 Nr. 1). Das berechtigt aber nicht zu der Annahme, daß das Krankengeld im Reichsversorgungsgesetz eine nebensächliche Rolle spiele. Dagegen spricht schon seine Hervorhebung als selbständige Leistung neben der Heilbehandlung in § 3 Nr. 1 des Gesetzes. Ein Vergleich mit den in § 15 a. a. O. geregelten Ersatzansprüchen wie auch der Inhalt der Begründung zum Entwurfe des Reichsversorgungsgesetzes läßt erkennen, daß nur die wörtliche, engere Auslegung dem Zwecke des § 14 entspricht. Die Trennung der Fälle, in denen die Kasse zu ihren Leistungen an den Kriegsbeschädigten nur nach den Vorschriften des Reichsversorgungsgesetzes verpflichtet

war und für welche voller Ersatz seitens des Reiches zugesichert ist (§ 15), von der in § 14 zusammengefaßten Gruppe von Fällen, wo neben der Verpflichtung zur Leistung nach dem Reichsversorgungsgesetz auch eine selbständige Verpflichtung nach der Reichsversicherungsordnung und der Kassensatzung vorgelegen hat, kann nur den Sinn haben, daß in den letzteren Fällen nur teilweiser Ersatz geleistet werden soll. Die Richtigkeit dieser Annahme ergibt sich aus der Begründung S. 32/33, wo es heißt, es solle den Krankenkassen, insoweit sie schon nach der Reichsversicherungsordnung zur Gewährung eines Heilverfahrens verpflichtet seien, mit Rücksicht darauf, daß sie durch die Aufnahme der Kriegsbeschädigten belastet würden, eine „teilweise Entschädigung" ihrer Aufwendungen zuteil werden. Wenn die Klägerin das Wort „teilweise" so auslegen will, daß beabsichtigt gewesen sei, mit den in § 14 Abs. 1 Satz 3 bezeichneten Pauschbeträgen regelmäßig die von der Kasse gewährte Heilbehandlung zu entschädigen, die Barleistungen aber der Kasse allein zu überlassen, so bietet hierfür weder das Gesetz noch die Begründung einen Anhalt. Was mit der „teilweisen Entschädigung" gemeint ist, ergibt sich vielmehr aus der weiteren Ausführung der Begründung, die Regelung berücksichtige den Umstand, daß die kostspielige orthopädische Versorgung, die Badekuren, sowie eine Reihe besonders gearteter Behandlungsverfahren vom Reiche übernommen werden, wodurch eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen eintrete. Mit Recht weist M a r t i n e c k (Die Krankenversicherung 1921 S. 273 ff.) ergänzend darauf hin, daß das Reich nach § 14 Abs. 1 Satz 4 nebenher auch noch in allen Fällen den Aufwand für die gerade an Kriegsbeschädigte in weitem Umfang zu gewährenden kleineren Heilmittel voll ersetzt. Wenn hiernach das Reich die Krankenkassen von ihren Verpflichtungen den Kassenmitgliedern gegenüber durch eigene Leistungen in erheblichem Maße befreit, ist es erklärlich, daß die Kassen für ihre Leistungen nur in den im allgemeinen schwerer liegenden Fällen, bei der Behandlung Arbeitsunfähiger, Ersatz erhalten sollen. Wäre ihnen auch bei der sogenannten ambulanten Heilbehandlung Ersatz nach § 14 a. a. O. zu leisten, so erhielten sie in diesen zahlreichen Fällen, da nach Satz 3 a. a. O. der Ersatz die Hälfte des Krankengeldes für die Dauer der Behandlung beträgt, in der Regel vollen Ersatz, häufig sogar mehr, als ihre Aufwendungen betrügen, und hätten dazu vor der Erkrankung des kriegsbeschädigten Kassenmitglieds von ihm noch die gleichen Beiträge bezogen wie von ihren übrigen Mitgliedern. Ein solches Ergebnis kann vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt sein und widerspräche dem für § 14 a. a. O. aufgestellten Grundsatz nur teilweiser Entschädigung. Vielmehr wird dem Sinne der Vorschrift nur die engere Auslegung des Wortlauts gerecht, wonach die Krankenkasse sowohl zur Heilbehandlung wie zur Gewährung von Krankengeld verpflichtet gewesen sein muß, um Ersatz nach § 14 a. a. O. beanspruchen zu können. Zu dem gleichen Ergebnis führt ein Vergleich mit der die Höhe des Ersatzes regelnden Vorschrift in § 14 Abs. 1 Satz 3 a. a. O. Dort ist neben der Heilanstaltspflege nur von „sonstigen Heilbehandlungen" die Rede. Wollte man annehmen, daß der Ersatzanspruch schon dann begründet wäre, wenn auch nur eine der beiden Leistungsarten, Heilbehandlung oder Krankengeld, gewährt ist, so würde in Satz 3 eine Bestimmung über die Höhe des Ersatzes fehlen für die Fälle, in denen der Kranke zwar arbeitsunfähig, nicht aber behandlungsbedürftig war. Es müßte dann gegebenenfalls auf die Hauptvorschrift in § 14 Absatz 1 Satz 1 zurückgegriffen und Ersatz für gewährtes Krankengeld in vollem Umfang zugebilligt werden. Das würde aber wieder dem Grundsatz der nur teilweisen Entschädigung widersprechen. Auch käme man zu dem unverständlichen Ergebnis, daß der Ersatz gleich hoch bemessen wäre, mag die Kasse nur Heilbehandlung oder Heilbehandlung und Krankengeld zusammen gewährt haben. Dagegen lassen sich bei der engeren wörtlichen Auslegung des ersten Satzes des § 14, nachdem hierdurch als Voraussetzung für den Ersatzanspruch die Verpflichtung der Kasse zu beiden Leistungsarten festgelegt ist, die Worte „bei sonstigen Heilbehandlungen" in Satz 3 zwanglos dahin auslegen, daß dabei nur mit Krankengeldzahlung verbundene Heilbehandlungen gemeint sind. Wenn die Klägerin gegen die hier vertretene Auslegung des § 14 einwendet, daß die Kassen dann für gerade bei Kriegsbeschädigten häufig notwendige lang andauernde ambulante Behandlungen überhaupt keinen Ersatz erhielten, so trifft das an sich zu. Solche Fälle werden aber vereinzelt bleiben, da das Reich es sich bekanntlich angelegen sein läßt, die Durchführung langwieriger Kuren in eigenen Anstalten und mit eigenen Einrichtungen selbst zu übernehmen. Ob in einem solchen Falle der Kasse, wenn sie an sich zur Heilbehandlung und Krankengeldgewährung verpflichtet ist, infolge des Eintretens des Reichs aber nur das Krankengeld zu zahlen hat, ein Ersatzanspruch zusteht, kann hier dahingestellt bleiben. Jedenfalls rechtfertigt Wortlaut und Zusammenhang der gesetzlichen Vorschrift wie auch der vom Gesetzgeber mit ihr verfolgte Zweck die Annahme, daß in Fällen, wo wie vorliegend nur Heilbehandlung an einen Arbeitsfähigen gewährt wurde, kein Ersatzanspruch gegeben ist. Der gleiche Standpunkt ist in Nr. 53 der vom Reichsarbeitsministerium herausgegebenen Leitsätze für die Versorgungsheilbehandlung vertreten, wonach bei ärztlicher ambulanter Behandlung und Hauspflege als Ersatz zu gewähren ist die Hälfte des den Beschädigten „wirklich gezahlten" Kassenkrankengeldes.

Sprechsaal.

Patienten ohne Krankenschein.

Unter dieser Überschrift enthält die „Hamburger Wochenschrift für Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen" (v. 25. 6. 22) folgende Bemerkungen von Sanitätsrat Dr. Thoma:

„Die Krankenkassen schließen meistens ihre Geschäftsräume um 12 oder 1 Uhr, Sonnabends noch früher. Wenn nun einer nachmittags erkrankt oder sich eine Verletzung zuzieht oder sich einbildet, krank zu sein, so geht er ohne Schein zum Arzt und sagt, er sei in einer Krankenkasse. Ganz zweifellos in welcher läßt sich selten feststellen, was soll der Arzt da machen. Das Richtigste wäre dann, die Kranken wieder wegzuschicken mit der Weisung, den andern Morgen mit Schein der Krankenkasse wiederzukommen, aber das wollen die meisten nicht und fangen an zu pöbeln und Skandal zu machen. In den weitaus meisten Fällen ist die Erkrankung so, daß der Aufschub ganz ohne nachteilige Folgen ist, aber das glaubt keiner. Jeder hält sich für so krank, als ob er gleich sterben müßte, wenn ihn der Arzt nicht sofort in Behandlung nimmt. Für den Arzt ist es sehr schwer, einem solchen Kranken ein Rezept zu verschreiben, denn erstens ist es ja immer möglich, daß der Kranke in gar keiner Kasse ist oder in einer andern als der, die der Arzt auf das Rezept schreibt, dann wird die Kasse betrogen, und zweitens kann der Arzt, weil kein Schein der Kasse vorliegt, auf dem Rezept nicht die Krankenschein-Nr. und Gruppe ausfüllen. *So gut wie der Arzt, müßten die Krankenkassengeschäftsräume Tag und Nacht zur Verfügung der Kranken stehen und da das nicht einer machen kann, so müßte eben schichtweise gearbeitet werden.* Es wäre also leicht, diesem Übelstande abzuhelfen. Aber helfen wird's nicht viel, was ich da geschrieben habe." — —

Der hier dargelegte Mißstand ist an sich offenkundig. Er wird besonders in großen Städten fühlbar sein. Oft wird bei gutem Willen ein Zweifel über die Kassenzugehörigkeit der Kranken durch telephonische Anfrage zu klären sein. Ob der von Herrn Sanitätsrat Dr. Thoma vorgeschlagene Weg der Abhilfe gangbar erscheint, darüber mögen sich Kassenpraktiker äußern. *Wir möchten hiermit die Anregung zu einer Aussprache geben.*

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Ausführung des Gesetzes über Notstandsmaßnahmen für Rentenempfänger der Invaliden- und Angestelltenversicherung (zu vgl. hier S. 94, 180, 284, 332) begegnet manchen Schwierigkeiten und Zweifeln.

So führt Geyer (Augsburg) in „Betriebskrankenkasse" 1922 S. 156 Folgendes aus: „Gemäß § 6 Abs. 2 des genannten Gesetzes gelten als Einkommen, das auf die Sätze der reichsgesetzlichen Unterstützung nicht angerechnet wird, Unterstützungen, welche die private Wohlfahrtspflege ohne Rechtspflicht gewährt. Weiter heißt es an anderer Stelle in dem Gesetz, daß Unterstützungen aus privaten Unterstützungseinrichtungen bis zum Jahresbetrage von 600 Mk. (neue Fassung des § 2 Abs. 5 vom 24. 4. d. J.: 1200 Mk.) nicht angerechnet werden. Danach kämen die freiwilligen und jederzeit widerruflichen Unterstützungen, die die meisten Industrieunternehmungen ihren ehemaligen, jetzt invaliden Arbeitern und den Witwen verstorbener Arbeiter gewähren, bei verständnisvoller Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen nicht zur Anrechnung.

Die Vollzugsbehörden — die Wohlfahrtsämter — rechnen jedoch erfahrungsgemäß diese Unterstützungen auf die reichsgesetzlichen Unterstützungssätze an und es ist daher verständlich, wenn die Firmen, die in hochherziger Weise ihren alten Arbeitsveteranen monatlich nicht geringe Zuwendungen gemacht haben, diese Zuwendungen nunmehr bis zur Freigrenze von 100 Mk. für den Monat herabsetzen. Die Sozialrentner selbst haben ja von einer Mehrleistung ihrer früheren Firma keinen Vorteil, einen Vorteil haben dabei nur der Staat und die Gemeinden. — Aber nicht nur Geldzuwendungen, auch Sachleistungen wie Werkswohnungen, Lieferung von verbilligten Brennstoffen und verbilligten Lebensmitteln werden auf die auf Grund des oben bezeichneten Gesetzes vom 7. 12. 21 zu gewährende Unterstützung angerechnet.

Wie hoch ist nun diese Unterstützung, die die soziale Fürsorge des Reiches den Aermsten der Armen, den schwer um ihr Dasein ringenden Sozialrentnern angedeihen läßt? — Gemäß § 2 Abs. 1 des Gesetzes ist die Unterstützung in einer solchen Höhe zu geben, daß das Gesamtjahreseinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente den Betrag von 3000 Mk.; einer Witwen- oder Witwerrente den Betrag von 2100 Mk. und einer Waisenrente mit der Rente aus der Invalidenversicherung den Betrag von 1200 Mk. im Jahre erreicht. Die Unterstützung kann nach dem Abänderungsgesetz vom 24. 4. d. J. mit Wirkung vom 1. 4. d. J. an, „soweit es besondere Umstände erfordern", bis zu einem solchen Betrage erhöht werden, daß das Gesamtjahreseinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente oder eines Ruhegeldes den Betrag von 4000 Mk., einer Witwen- oder Witwerrente den Betrag von 3300 Mk., einer Waisenrente den Betrag von 2000 Mk. erreicht; mit anderen Worten: ein Invalidenrentner kann mit seiner Rente und der Unterstützung des Wohlfahrtsamts — „besondere Umstände" vorausgesetzt — insgesamt 400 Mk. monatlich erhalten.

Daß diese Sätze bei der heutigen Geldentwertung bei weitem nicht hinreichen, um auch nur bei bescheidensten Ansprüchen das Leben zu fristen, dürfte jedem Einsichtigen einleuchten. Groß ist die Not der Sozialrentner, insbesondere derer, die nicht in Familiengemeinschaft mit ihren Kindern oder sonstigen Angehörigen leben und ganz auf sich angewiesen sind! Man spricht heute viel von „sozialer Fürsorge", von Maßnahmen für die minderbemittelte Bevölkerung; jedoch: Die Taten stehen nicht in Einklang mit den Worten. Es ist ein Gebot der Stunde, daß die in dem Gesetz vorgesehenen Bezüge der Markentwertung entsprechend erhöht, daß ferner Fabrikunterstützungen und dgl. als Unterstützungen, welche „die private Wohlfahrtspflege ohne Rechtspflicht gewährt", betrachtet und daher nicht angerechnet werden.

Das Gesetz über Aenderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung vom 9. 6. d. J. (RGBl. S. 504,

diese Zeitschrift Nr. 12 S. 128) räumt nunmehr der Reichsregierung die Befugnis ein, auch die Geldbeträge im Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestellten-Versicherung auf verkürztem gesetzgeberischen Wege zu ändern. Es darf von der zuständigen Stelle (Reichsarbeitsministerium) erwartet werden, daß sie eine Erhöhung der Freigrenze von 1200 Mk. für das Jahr wie auch des Maßes der Unterstützung veranlaßt und Sorge trägt, daß die private Wohlfahrtspflege hierbei nicht länger unterbunden wird."

Von einer anderen, allgemeinen Seite werden Bedenken gegen die Art der Ausführung des Gesetzes durch die Gemeinden in der „Sozialen Praxis" 1922 Sp. 787 erhoben. Dort heißt es: „Es gibt Gemeinden, die auch heute noch nicht zur Auszahlung der Unterstützung geschritten sind, wiewohl die Ausführungsbestimmungen die beschleunigte Durchführung forderten, oder die das Gesetz benutzen, um für sich daraus ein Geschäft zu machen. Gewährt z. B. eine Gemeinde Armenunterstützung, so kann (nicht muß) diese auf die Unterstützung aus dem Gesetz vom 7. Dezember 1921 angerechnet werden. Weitherzige Gemeinden haben die Armenunterstützung nicht angerechnet und kommen nun in den Fällen, wo der Unterstützungswohnsitz eine andere Gemeinde ist, mit dieser wegen der Erstattung der Armenunterstützung in Konflikt, da diese letztere verlangt, die Armenunterstützung auf die gewährte Rentenunterstützung anzurechnen. Es muß verhindert werden, daß das Gesetz zur Abwälzung eigner Lasten mißbraucht wird. Es trägt nicht den Stempel einer Armenunterstützung und soll nach den Richtlinien des preußischen Wohlfahrtsministers, wo möglich, auch nicht den die Armenfürsorge bearbeitenden Stellen übertragen werden.

Hieraus ist zu schließen, daß die Notstandsmaßnahmen mehr sein wollen als eine Armenunterstützung. In Wirklichkeit ist die Auswirkung aber wesentlich anders.

In der Regel sind die Armenunterstützungssätze erheblich höher, als die den Sozialrentnern zugebilligten Sätze, selbst wenn, was augenscheinlich nur selten geschieht, die erhöhten Sätze der Kannbestimmungen des Gesetzes vom 24. April 1922 zugrunde gelegt werden. Es erhebt sich daher aus der Praxis der lebhafte Wunsch nach Verbesserung der Kannvorschrift. Auch die Berechnung der gesetzlichen Unterhaltsansprüche ergibt manche Mißlichkeiten. Schließlich wird noch die Frage aufgeworfen, ob die vom preußischen Wohlfahrtsministerium eingesetzte Entscheidungsstelle für die Landgemeinden und Gutsbezirke, der Kreisausschuß, für den Westen die geeignete Stelle ist. In Rheinland und Westfalen könne die Entscheidung über die Anträge ebensogut und schneller durch die Gemeinden selbst erfolgen. Der Einwand, die Gemeinden haben infolge der Tragung von 20 % der Unterstützung an möglichst niedrigen Unterstützungssätzen ein großes Interesse, könne ausgeräumt werden durch Abnahme eines weiteren Teiles der Last."

Der Reichstag hat bereits anerkannt, daß die derzeitige Lösung unbefriedigend ist, und eine Entschließung angenommen, derzufolge spätestens bei der Herbsttagung ein Gesetzentwurf zur Abänderung des Gesetzes vorzulegen ist. Auch hat er den Fonds zur Unterstützung der Rentner aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung von 2,8 auf 3,8 Milliarden Mk. erhöht und gleichzeitig eine Bestimmung angenommen, daß bei der Auslegung des Gesetzes Leistungen, die nur den Zweck haben, die gesetzliche Rente zu erhöhen, nicht angerechnet werden.

Neue Fortschritte in der Sozialversicherung des Auslandes.*)

Wie in Deutschland ist auch im Ausland der Ausbau der sozialen Versicherungsgesetzgebung, der während des Krieges selbst in neutralen Staaten mehr oder weniger ins Stocken geraten war, in den letzten Jahren wieder in Fluß gekommen.

Dänemark hat das 1915 erneuerte Krankenkassengesetz durch Gesetz vom 6. Mai 1921 wesentlich geändert und am 20. Juni 1921 in neuer Fassung bekanntgegeben, die im Gesetze vom 6. Juli 1916 zusammenfassend geregelte Unfallversicherung durch Gesetz vom 28. Juni 1920 ergänzt und durch Gesetz vom 6. Mai 1921 eine Invalidenversicherung eingeführt, die am 1. Oktober 1921 in Kraft getreten ist. In Deutsch-Oesterreich haben die bestehenden Versicherungsgesetze (das Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsgesetz) durch zahlreiche in den Jahren 1917 bis 1922 ergangene Novellen eine Ausdehnung und Verbesserung, namentlich eine zeitgemäße Ausgestaltung der Leistungen erfahren. Die durch Gesetz vom 13. Juli 1920 eingeführte Krankenversicherung der Staatsbediensteten ist durch Gesetz vom 10. März 1922 auf die Angestellten der Bundesländer, selbständigen Gemeinden usw. ausgedehnt worden. Ein großzügiger Entwurf eines Bundesgesetzes, betreffend die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter und Angestellten (Invaliditätsversicherungsgesetz), ist als Regierungsvorlage im Nationalrat eingebracht und dem Ausschuß für soziale Verwaltung zur Beratung überwiesen worden. Diese Gesetzesvorlage, welche zunächst die unselbständig erwerbenden Personen der Zwangsversicherung unterwirft, soll eine Ergänzung in einem zweiten Gesetzentwurfe finden, durch den die Altersversicherung der selbständig erwerbenden Personen eingeführt wird. Ein neues Unfallversicherungsgesetz ist in Vorbereitung. Abgesehen von einigen Aenderungen des Unfallversicherungsgesetzes, namentlich seiner Ausdehnung auf Gewerbekrankheiten, ist in Frankreich ein umfassender Gesetzentwurf über Sozialversicherung, der eine obligatorische Kranken-, Alters-, Invaliden-, Mutterschafts-, Sterbegeld- und Familienzuwachs-Versicherung bringt, im März 1921 vom Ministerrat angenommen. Er liegt der französischen Kammer zur Beratung vor. In Holland sind unter anderem 1919 das Gesetz über Erweiterung der Unfallversicherung und über die Zwangsinvalidenversicherung und 1920 das Gesetz über die Krankenversicherung in Kraft getreten und weitere Gesetzesmaßnahmen in Vorbereitung. Italien hat durch Gesetze vom 23. August 1917, 20. und 24. März 1921 die obligatorische Unfallversicherung auf sämtliche in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigte Personen ausgedehnt und weiter geändert sowie durch Gesetzerlaß vom 21. April 1919 die allgemeine zwangsweise Invaliditäts- und Altersversicherung eingeführt, die mit dem 1. Juli 1920 in Kraft getreten ist. Für Jugoslavien wurde im Jahre 1922 ein Arbeiterversicherungsgesetz erlassen, das die zwangsweise Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung in den verschiedenen Gebieten des neuen Reichs einheitlich regelt, durch Schaffung nur eines einzigen Versicherungsträgers erheblich vereinfacht und in den Leistungen der Sozialversicherung auch gegenüber Deutschland Fortschritte aufweist. Gewerbevergiftungen sind in die Unfallversicherung einbezogen. Die Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung soll erst 1925 oder 1927 in Kraft treten. In Norwegen wurde durch Gesetze vom 15. Juni 1917,

*) Aus Nr. 5/6 der „Monatsblätter für Arbeiterversicherung", herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts.

23. Juli 1918 und 10. Dezember 1920 die Zwangskrankenversicherung auf die Familienmitglieder ausgedehnt, durch Gesetz vom 10. Dezember 1920 die Unfallversicherung erweitert und ein Gesetzentwurf über Alters- und Invaliditätsversicherung dem Storthing zur Beratung unterbreitet. Die russische Kranken- und Unfallversicherung der Arbeiter haben bereits durch Gesetze von 1917 grundlegende Aenderungen erfahren (Ausdehnung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen und auf das ganze Reichsgebiet, einschließlich Sibirien, Demokratisierung der Verwaltungsorgane, Verbesserung der Leistungen usw.). Nach der neueren Gesetzgebung der Bolschewisten erstreckt sich angeblich die Versicherung auf alle Lohnarbeiter, Angestellte unter einer gewissen Gehaltsgrenze und Minderbemittelte. Sie umfaßt alle Arten des Verlustes der Erwerbsfähigkeit, sei es durch Krankheit, Alter, Invalidität, Unfall, Mutterschaft, Verwitwung, Verwaisung, sei es durch Arbeitslosigkeit. Die Kosten fallen gänzlich dem Unternehmer zur Last. In Schweden ist am 1. Januar 1918 die obligatorische Unfallversicherung der gewerblichen und landwirtschaftlichen Arbeiter in Kraft getreten, die Zwangspensionsversicherung (Invaliditäts- und Altersversicherung) Ende 1918 und vom 1. Januar 1922 ab namentlich auch in vorbeugender Richtung ausgestaltet und verbessert und der Entwurf einer allgemeinen obligatorischen Krankenversicherung im Reichstag zur Beratung gestellt worden. In der Schweiz ist am 1. April 1918 die obligatorische Unfallversicherung, auch für Nichtbetriebsunfälle, in Wirksamkeit getreten, die durch Verordnung vom 20. August 1920 und Gesetz vom 9. Oktober 1920 ergänzt und verbessert worden ist. Bestrebungen zur Einführung einer Zwangskrankenversicherung, vielleicht als Volksobligatorium, und einer zwangsweisen Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind im Gange. Ob die entsprechenden Vorlagen bereits zum Gesetz erhoben worden sind, läßt sich zurzeit nicht feststellen. Spanien hat durch Kgl. Erlaß über die Verstärkung der Arbeiteraltersversicherung vom 11. März 1919 die Zwangsaltersversicherung für die gesamte lohnbeziehende Bevölkerung von 16 bis 65 Jahren unter einer gewissen Einkommensgrenze eingeführt. Die Tschechoslowakei hat die übernommene Versicherungsgesetzgebung abgeändert, erweitert und ausgestaltet. So die Unfallversicherung der Arbeiter durch Gesetz vom 10. April 1919, die Arbeiter-Krankenversicherung durch Gesetz vom 15. Mai 1919 und die Pensionsversicherung durch Gesetz vom 5. Februar 1920. Für eine Krankenversicherung der Staatsangestellten und eine Alters- und Krankenversicherung für selbständig Erwerbende sind Gesetzentwürfe ausgearbeitet. Umfassende Maßnahmen zu einer allgemeinen Sozialversicherung sind in Vorbereitung. Eine entsprechende Regierungsvorlage wird dem Parlamente bald vorgelegt werden.

Eine zwangsweise Arbeitslosenversicherung haben eingeführt Italien durch Verordnung vom 19. Oktober 1919, Oesterreich durch Gesetze vom 24. März und 1. Oktober 1920, Rußland durch Gesetz vom 19. November 1917, Schweiz durch Bundesratsbeschlüsse vom 24. März 1917 und 29. Oktober 1919 (ergänzt Ende September 1921); England hat seine Versicherung ausgebaut durch Gesetze vom 9. August 1920 und vom Jahre 1921. Die bestehende freiwillige Arbeitslosenversicherung oder -fürsorge haben verbessert Belgien 1917 und 1920, Dänemark durch Gesetz vom 5. Januar 1920, Finnland durch Verordnung vom 2. November 1917, Frankreich 1919, Norwegen durch Gesetz vom 29. Juli 1918, Schweden durch Bekanntmachung vom 22. Oktober 1920; eingeführt haben eine solche Holland durch Verordnungen vom 19. September und 2. Dezember 1916 (verbessert durch Verordnungen von 1917 und vom 5. Dezember 1921), Spanien durch Verordnung vom 18. März 1919 und Ausführungsbestimmungen vom 31. März 1919, Tschechoslowakei durch Gesetz vom 12. August 1921.

Die obigen neuen Maßnahmen des Auslandes in der Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung lehnen sich meistens an das deutsche Vorbild an. Mehrfach gehen sie darüber hinaus. Sie geben im allgemeinen dem deutschen Zwangssystem den Vorzug vor der freiwilligen Versicherung. Auch bringen sie durchweg das Versicherungsprinzip mit Beiträgen der Arbeitgeber und der Versicherten, besonderen Versicherungsarten, abgegrenztem Personenkreis und Selbstverwaltung der Versicherungsträger zur Geltung, allerdings namentlich bei der Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung unter Gewährung von Staatszuschüssen. Auch bei der Arbeitslosenversicherung des Auslandes werden fast ausnahmslos öffentliche Zuschüsse zu den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen oder an private Organisationen geleistet.

Schließlich sei noch bemerkt, daß auch Amerika Fortschritte auf dem Gebiete der Sozialversicherung zu verzeichnen hat. In den Vereinigten Staaten ist für die 300 000 Angestellten im Zivilverwaltungsdienst eine Zwangsversicherung gegen Alter und Invalidität eingeführt, und für die berufliche Wiederherstellung der gewerblichen Unfallverletzten ist die Einrichtung einer bundesstaatlichen Zusammenarbeit geschaffen. Eine Arbeiterunfallversicherung ist jetzt in 46 Staaten und Territorien eingeführt. Es sind Bestrebungen im Gange, die Unfallversicherung durch Bundesgesetz auch auf Küstenschiffer und ähnliche Gruppen von Seeleuten sowie auf die Gefängnisarbeit auszudehnen. Die Arbeiterorganisationen treten zusammen mit den kanadischen Gewerkschaften energisch für die Einführung der Krankenversicherung ein. In Südamerika hat die argentinische Kammer am 14. März 1919 einen Gesetzentwurf angenommen, der Arbeitern in Privatunternehmungen von öffentlichem Interesse eine Alterspension zusichert. In Straßenbahnbetrieben, Telegraphenbetrieben, Gas- und Elektrizitätswerken soll ein Pensionsfonds gebildet werden, aus dem den Arbeitern eine Alterszulage und beim Verlassen des Dienstes ein besonderer Zuschuß beziehungsweise eine Unfallrente sowie auch Witwen- und Waisenpension zu zahlen ist. Wie neuerdings bekannt wird, soll nach den Vorschlägen eines Ausschusses des Abgeordnetenhauses für ganz Argentinien eine einheitliche Sozialversicherung durchgeführt werden, welche eine allgemeine Alters-, Invaliden-, Kranken- und Mutterschaftsversicherung für Arbeiter und Angestellte bis zu einer bestimmten Verdienstgrenze umfaßt. In Brasilien ist durch Gesetz vom 15. Januar 1919 eine Unfallversicherung für gewerbliche und landwirtschaftliche Arbeiter eingeführt unter Einbeziehung von Berufskrankheiten.

Gegen die Alkoholvergiftung.

Aus einem Artikel der „Hamburger Wochenschrift für Aerzte, Zahnärzte und Krankenkassen“ teilen wir im Auszuge folgendes mit: Ueber die Einschränkung der Herstellung und des Verkaufs von Alkohol im Deutschen Reich und die dadurch hervorgerufenen gesundheitlichen Wirkungen während des Krieges schreibt Dr. Martin Vogel: „Es war zwar weniger die Erkenntnis der Notwendigkeit, daß im Interesse der Volksgesundheit der Alkoholverbrauch planmäßig eingeschränkt werden müsse, sondern das Ernährungsproblem, das uns im Kriege zur Einschränkung zwang; wurden doch wertvollste Nahrungsmittel zur Bier- und Schnapsbereitung verarbeitet, vor dem Kriege 43 % der gesamten Gerstenernte, 10 % unseres Gesamtverbrauchs an Kartoffeln

Die Beobachtung, die man in den psychopathischen Kliniken, den Krankenhäusern und den Trinkerfürsorgestellen gemacht hat, haben ergeben, daß infolge des geringeren Alkoholgenusses die auf Alkohol zurückzuführenden Erkrankungen bei Männern auf den siebenten, bei Frauen auf den fünften Teil zurückgegangen sind. Insbesondere haben die Todesfälle infolge Deliriums fast gänzlich aufgehört, wodurch allein in Preußen in den Jahren 1913 bis 1917 1772 Menschenleben weniger zugrunde gegangen sind als in der entsprechenden Zeit vor dem Kriege. So hat der Krieg bewiesen, daß die Ausschaltung des Alkohols aus unserem Leben den segensreichsten Einfluß auf die Volksgesundheit ausübt. Es ist zu hoffen, daß die sich jetzt wieder mehrenden unerfreulichen Erscheinungen übermäßigen Alkoholgenusses den Aerzten den Anlaß geben, die unter dem Zwang des Krieges begonnene Einschränkung des Alkoholgenusses vom Standpunkt der Volksgesundheit aus zu befürworten und planmäßig den Kampf gegen die Alkoholvergiftung aufzunehmen ....“

Dem Reichstag soll demnächst ein Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Trunksucht zugehen; das ist erfreulich; aber wie lange sollen wir darauf noch warten? Einstweilen ist das Gesetz über das Branntweinmonopol neu ausgearbeitet. Dem Reich erwachsen daraus solche Einkommen, daß es 120 Millionen Mark daraus für Wohlfahrtszwecke verteilen kann, darunter 20 Millionen zur Bekämpfung der Trunksucht. Welche Logik liegt darin, ein großes Unternehmen aufzutun, das zwar reichliche Einkünfte bringt, aber das eigene Volk von Grund aus vergiftet und Milliarden Aufwendungen notwendig macht, um die Folgen der Vergiftung in Trinkerheilstätten, Idioten- und Epileptikeranstalten, ganz abgesehen von Strafanstalten für jene Unglücklichen, die im Rausch sich zu Verbrechen der rohesten Art haben hinreißen lassen, wieder auszugleichen! Der Unternehmer ist sich seiner unverständigen Kalkulation, seiner Schuld wohl bewußt. Deshalb gibt er von seinen Einkünften eine kleine Abstandssumme her, um solche Schäden zu bekämpfen, auch um der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten, deren Verbreitung durch den Alkoholismus riesig gefördert wird, das Wasser abzugraben. Aber er fährt fort, sein grausiges seelenmörderisches Geschäft zu betreiben und Gift zu fabrizieren!

Im Deutschen Reich werden jetzt jährlich über eine Milliarde Mark für Sekt ausgegeben. Schon in Friedenszeiten war der Aufwand für Wein, Bier und Trinkbranntwein gleich 4 Milliarden, jetzt in den Zeiten, wo auf der einen Seite die Sorge quält und auf der andern Seite das bare Geld reichlich zufließt, vermutlich beträgt er das Zwanzigfache.

Man behauptet eine „Trockenlegung“ Deutschlands sei technisch unmöglich. Weshalb wohl? Hat nicht Amerika seine Trockenlegung fertig gebracht, und Norwegen und Rußland! „Unmöglich?“ rief einst Mirabeau seinem Schreiber zu: „bleibt mir vom Leib mit diesem stumpfsinnigen Wort!“

Es ist Pflicht der Aerzte, sich ernsthaft mit diesem Problem zu beschäftigen! Wer sein Vaterland lieb hat, sollte nicht Einwendungen machen, sondern durch die Tat beweisen, daß er ein Opfer bringen kann, also verzichten auf den Rauschtrank in jeder Form. Nur das Beispiel weckt Nacheiferung! ...

In zweiter Linie kommt erst die Propaganda in Wort und Schrift, die nicht entbehrt werden kann in unserem schriftgläubigen Säkulum voll Unverstand, Eigensinn, Quacksalberei und Scheinarbeit! —

Möchte sie jetzt nur den hundertsten Teil der Kraft ihrer Lungen und Zungen aufwenden, um für das große Ziel der Enthaltsamkeit einzutreten. Wir müssen endlich den beleidigenden Vorwurf der Fremdlinge abschütteln, daß die Deutschen einen guten Trunk über alles schätzen und dafür Leben und Seeligkeit drangeben ...

Für die Jugend, die beginnt, sich gegen das Rad zu stemmen, und wegen der Jugend, die einst ein besseres Deutschland sich erkämpfen muß, dürfen die Aerzte nicht mehr schweigen; sie müssen dem Alkoholismus den Krieg erklären und für die Trockenlegung des deutschen Volkes eintreten und ehrfürchtiges Denken bereiten. Die gräßlichen Bilder betrunkener junger Burschen und schwankender, taumelnder Mädchen müssen aus unseren Straßen wieder verschwinden ...

Wir möchten dieser beachtenswerten Aeußerung von ärztlicher Seite noch folgendes hinzufügen: Dr. Vogel geht in seinen im Eingang mitgeteilten Bemerkungen davon aus, daß es hauptsächlich das Ernährungsproblem war, das uns „im Kriege“ zur planmäßigen Einschränkung des Alkoholverbrauchs zwang. Aber lastet nicht in unserem sogenannten Frieden das Ernährungsproblem mit fast ungeminderter Wucht auf uns? Wirkt nicht die unerhörte Verteuerung aller Volksnahrungsmittel auf die große Masse unseres Volkes so schwer beeinträchtigend wie einst die Blockade? Werden nicht durch die unsinnigen Forderungen unserer ehemaligen (?) Feinde und durch ihre sonstigen Drangsalierungen des deutschen Volkes breite Massen vom Bezuge notwendigsten Lebensbedarfs nahezu ausgeschlossen? Trotzdem aber führt man gewaltige Mengen eines so wichtigen Volksnahrungs- und Genußmittels wie Zucker der Likörfabrikation zu und duldet die Aergernis erregende Ueberfülle von Trinkstuben! Und auf der anderen Seite verkümmert man den Leitern, Lehrkräften und Studierenden der chemischen Institute an den Hochschulen den unerläßlichen Alkoholverbrauch durch unerschwinglichen Preis! Wie will man das verantworten?

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Bestrahlung als ärztliche Behandlung oder Heilmittel?

1. Nach H. Antwort: Das RVA. hat in der Entsch. 2193 (Arb.-Vers. 1916 S. 567) angenommen, daß Röntgenbestrahlungen nicht als Heilmittel, sondern als ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 Ziff. 1 RVO. anzusehen sind. Wir haben in einer zusammenfassenden Erörterung dieser Frage, unter Berücksichtigung anderer einschlägiger Entscheidungen und Aeußerungen, dem Bedenken Ausdruck gegeben, ob die Entscheidung des RVA. unter den veränderten Zeitverhältnissen noch aufrecht erhalten werden könne, ob nicht jetzt umgekehrt bei der (meist durch technisch wohlgeübte Hilfspersonen ausgeführte) Röntgenbestrahlung und mehr noch bei den einfacheren Arten der Lichtbestrahlung die Tätigkeit des Arztes hinter der Tätigkeit der Hilfspersonen und dem Werte des stofflichen Mittels zurücktritt und ob nicht mindestens eine gesonderte Be-

urteilung erforderlich ist, welcher Anteil von den Gesamtkosten auf das Heilmittel und welcher auf die ärztliche Behandlung entfällt. Das war im Herbst 1920. Seitdem haben sich die Verhältnisse noch weiter gewaltig geändert. Die Kosten der Apparate und ihrer Instandhaltung sowie die Kosten des Betriebsmittels (des elektrischen Stromes) sind weiter außerordentlich gestiegen. Wenn, wie Sie berichten, bei den Lichtbestrahlungen und besonders bei den Röntgen-Tiefbestrahlungen jede einzelne Ausführung der ärztlichen Verordnung einen Kostenbetrag von 1500 bis 2000 Mk. und in manchen Fällen, wo (wie bei Krebs und ähnlichen Leiden) die Bestrahlungen meist für mehrstündiger Dauer verordnet werden, sogar von 18 000 Mk. und darüber verursachen, so ist ohne weiteres klar, daß die allzu allgemein gefaßte Entscheidung des RVA. durch den Gang der Ereignisse überholt ist, daß dem stofflichen Mittel wegen seiner (vom finanziellen Gesichtspunkte aus betrachtet) recht erheblichen oder sogar überwiegenden Bedeutung eine selbständige Beurteilung neben der ärztlichen Leistung gebührt, mag diese nur in der Anordnung und etwa noch in der Beaufsichtigung der Ausführung oder in unmittelbarer Anwendung des Mittels bestehen. Es handelt sich in jedem solchen Fall um ein Heilmittel, das die Kasse, je nach ihrer Satzung als ein „größeres" überhaupt nicht zu gewähren braucht (§ 182 Ziff. 1 RVO.) oder aber zubilligen „kann" (§ 193 Abs. 2) oder für das sie nur den in der Satzung bestimmten Zuschuß zu gewähren braucht (Abs. 1). Davon unabhängig hat die Kasse nur die Kosten für die Tätigkeit des Arztes (also für den Besuch oder die Beratung und für eine etwa besonders zu vergütende ärztliche Verrichtung) zu tragen. Die neueste preußische Gebührentaxe für Aerzte sieht unter B. Nr. 21 für die ärztliche Tätigkeit bei der Anwendung des Röntgenapparates jedesmal einen Satz von 50 bis 750 Mk. vor und fügt hinzu: „Die Unkosten und direkten Auslagen sind besonders zu vergüten. Die Entschädigung für therapeutische Röntgen- und Radiumbestrahlung unterliegt jedesmaliger vorheriger Vereinbarung." Das bezieht sich aber nur auf den Anspruch des Arztes gegen seinen Auftraggeber und gilt keineswegs für das hier in Frage stehende Maß des Anspruchs des Versicherten gegen die Krankenkasse. Immerhin kann man in dieser Taxbestimmung eine Bestätigung der praktischen Notwendigkeit finden, in Fällen der erörterten Art die Kosten des stofflichen Mittels besonders zu betrachten und zu beurteilen — wie dies vorstehend geschehen ist. Daß die Kosten einer „diagnostischen" Röntgenuntersuchung, als Einleitung und Teil der ärztlichen Behandlung, von der Kasse zu tragen sind, ist nicht zweifelhaft.

Schadenersatzpflicht des Arbeitgebers wegen Nichtentrichtung von Beiträgen zur Angestelltenversicherung?

2. **Nach Gräfenthal.** Antwort: Nur die Beteiligung bei einer vom Bundesrat (jetzt Reichsrat) zugelassenen „Ersatzkasse" gilt der Versicherung bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gleich (§§ 372, 373 Angest.-Vers.-Ges.). Eine solche Ersatzkasse ist die von Ihnen bezeichnete Ruhegehaltsversicherung nicht. Der Geschäftsführer der Krankenkasse mußte also von dieser, als seiner Arbeitgeberin, bei der Reichsversicherungsanstalt unter Einzahlung der Beiträge (§ 176 a. a. O.) versichert werden. Daraus folgt aber nicht, daß, wenn dies unterblieben ist, die Witwe des inzwischen verstorbenen Geschäftsführers nunmehr gegen die Krankenkasse Anspruch auf Schadenersatz wegen der ihr entgehenden Witwenrente erheben könne, falls nicht etwa die Kasse sich noch besonders dem Geschäftsführer gegenüber zur Entrichtung der Beiträge verpflichtet hatte. In diesem Sinne hat das Reichsgericht auf Grund der entsprechenden Vorschriften der RVO. über die Invalidenversicherung entschieden (zu vgl. Urteil v. 22. 4. 10, Arb.-Vers. 1910 S. 529). Wir halten es für unbedenklich, Gleiches auch für die Angestelltenversicherung anzunehmen (zu vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler, Kommentar zum Vers.-Ges. f. Angest. Anm. 7 zu § 176).

Krankengeld, bis der Versicherte erfährt, daß er wieder für arbeitsunfähig erklärt ist.

3. **Nach L.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse wurde auf unseren Antrag vom Vertrauensarzt am 6. Februar 1922 nachuntersucht. Dieser schrieb den arbeitsunfähig Kranken vom 7. 2. 22 ab erwerbsfähig. Am Tage nach der Nachuntersuchung konnten wir, da der Vertrauensarzt an einem anderen Ort wohnt, erst das Resultat sowohl dem Versicherten als auch dem behandelnden Arzt mitteilen. Diese Mitteilung will der Versicherte am 11. 2. 22 erhalten haben und fordert nun bis zum 11. 2. 22 Krankengeld. Wir verweigern die Zahlung, weil Arbeitsunfähigkeit am 7. 2. 22 nicht mehr vorgelegen hat. Daß der Versicherte verspätet die Nachricht vom Ergebnis der Nachuntersuchung erhalten hat, kann keinen Grund bilden, einen Anspruch auf Krankengeld bis zum 11. 2. 22 geltend zu machen, da dies mit dem Wortlaut des Gesetzes (Krankengeld nur bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit) nicht vereinbar ist. Wir bitten um Ihre Ansicht.

Antwort: Ihre Auffassung, daß dem Versicherten von dem Tage an, seit welchem er nicht mehr arbeitsunfähig war, „Krankengeld" nicht mehr gebührte, ist an sich richtig. Wir vermuten aber, daß ihre Krankenordnung, wie es meist geschieht, dem für arbeitsunfähig Erklärten verbietet, seiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dann war der Versicherte hierdurch (und durch die Strafandrohung des § 529 RVO.) nach wie vor gehindert, seine Arbeit wieder aufzunehmen, solange er ohne eigenes Verschulden keine Kenntnis davon hatte, daß er für arbeitsfähig erklärt war. Daher erscheint es nur recht und billig, daß die Kasse für die Folgen der Beachtung ihrer Krankenordnung einsteht und dem Versicherten zwar nicht Krankengeld im eigentlichen Sinne, aber eine Schadloshaltung in Höhe des Krankengeldes zahlt.

Entbindungs- und Schwangerschaftsbeihilfe nach dem Gesetz vom 9. 6. 22.

4. **Nach Halle a. S.** Antwort: Nach § 195a Abs. 1 Ziff. 2 und § 205a Abs. 3 RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 9. 6. 22 erhalten die versicherten und die zur Familienwochenhilfe berechtigten Wöchnerinnen u. a. „einen einmaligen Beitrag zu den sonstigen (d. h. neben der ärztlichen Behandlung entstandenen) Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von 250 Mk.; findet eine Entbindung nicht statt, so sind als Beitrag zu den Schwangerschaftsbeschwerden 50 Mk. zu zahlen. Das bedeutet, daß die Wöchnerin bezw. die Schwangere auf den einen oder den anderen dieser Barbeträge immer Anspruch hat, auch wenn Schwangerschaft und Entbindung durchaus regelmäßig verlaufen. Denn diese Zustände sind, wenngleich nicht eigentliche Krankheiten, so doch jedenfalls Leidenszustände, welche die Funktionen des Organismus verändern und die gewohnte Betätigung der Kräfte beeinträchtigen oder ausschließen. Deshalb soll die Schwangere und erst recht die Wöchnerin durch die Beihilfe in die Lage versetzt werden, sich zu schonen und kräftiger zu nähren. Die Beihilfe von 250 Mk. wird erst mit der Entbindung zahlbar, die Beihilfe von nur 50 Mk. dagegen, sobald feststeht, daß Schwangerschaft vorliegt oder vorgelegen hat und eine Niederkunft ausgeschlossen ist. Die Kasse wird aber die Zahlung

von 50 Mk. an die Schwangere nicht von einem strengen Nachweise, daß eine Entbindung nicht stattfinden kann (z. B. weil die Frucht im Mutterleibe bereits abgestorben oder bereits eine Fehlgeburt eingetreten ist) abhängig zu machen brauchen; sie wird vielmehr befugt sein und gut tun, der Schwangeren im Bedarfsfalle 50 Mk. ohne weiteres zu zahlen, da sie sich diesen Betrag selbstverständlich, wenn demnächst eine Entbindung stattfindet, auf diese Beihilfe von 250 Mk. anrechnen lassen muß.

Ersatzanspruch der Krankenkasse für gewährte Heilbäder nach § 14 des RVG.

5. **Nach Breslau.** Antwort: Im Falle des § 14 RVG. ist der Krankenkasse für die Heilbehandlung Ersatz zu gewähren. Wenn die Leitsätze unter Nr. 53 Ziff. 1 b nur den Aufwand für „kleinere Heilmittel" erwähnen und als solche „Brillen, Bruchbänder, Krampfaderbinden, Krücken, Plattfußeinlagen und dergleichen" bezeichnen, so ergibt schon diese Fassung, daß es sich dabei nur um Beispiele handelt. Zu vergl. auch die Ausführungsbestimmungen vom 16. 11. 20. Dort ist zu § 14 unter Ziffer 3 bemerkt: „Das Reich ersetzt nach § 14 den Aufwand für kleinere Heilmittel, weil es nach § 8 Abs. 1 verpflichtet ist, für alle Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel selbst aufzukommen. Als kleinere Heilmittel sind daher alle Hilfsmittel anzusehen, die nach § 7 und der hierzu zu erlassenden Ausführungsverordnung geliefert werden müssen." Dann folgt auch hier wieder die Aufzählung jener Beispiele, die keineswegs den Ersatzanspruch für andere von der Kasse zu gewährenden Heilmittel ausschließen. Danach halten wir es nicht für zweifelhaft, daß die Kasse auch für gewährte Heilbäder Ersatz verlangen kann.

Frauenzuschlag für verheiratete Beamte.

6. **Nach Landsberg a. W.** Antwort: Nach § 17 Abs. 2 des Reichsbesoldungsgesetzes (neuester Fassung) und dem Erlaß des Reichsfinanzministers vom 11. 4. 22 (Ziff. 1; vgl. „Ortskrankenkasse" Sp. 391) ist dem verheirateten und zum Unterhalt seiner Frau verpflichteten Beamten ein Frauenzuschlag von jährlich 2000 Mk. zu zahlen. Nach § 1360 BGB. hat der Mann seiner Frau Unterhalt zu gewähren nach Maßgabe seiner Lebensstellung, seines Vermögens und seiner Erwerbsfähigkeit. Bedürftigkeit der Frau ist (anders als bei Verwandten nach § 1602 BGB.) nicht Voraussetzung der Unterhaltspflicht des Mannes. Danach hat er Anspruch auf den Frauenzuschlag auch dann, wenn die Frau ein Gewerbe betreibt, das sie in den Stand setzt, den Unterhalt aus eigenen Mitteln zu bestreiten. Die Vorschrift, daß der Frauenzuschlag nicht gewährt wird, wenn die Frau als Beamte, Vertragsangestellte oder Arbeiterin im Dienste des Reichs, eines Landes oder einer sonstigen öffentlichen Körperschaft Gehalt oder Lohn bezieht (Ziff. 3 des Erlasses), ist eine Sonderbestimmung, die nicht ausdehnend ausgelegt werden darf.

Verfahren der Krankenkasse, wenn Anträge auf Wochenfürsorge bei ihr eingehen.

7. **Nach Meppen.** Frage: Bislang war es hier üblich, daß die Gemeindevorsteher die Anträge auf Wochenfürsorge nach Vordruck entgegennahmen und und an die Ortskrankasse sandten. Diese prüfte nach, ob die Wöchnerin nicht Anspruch auf Wochen- oder Familienhilfe hatte und gab, sofern dies nicht der Fall war, den Wochenfürsorgeantrag zuständigkeitshalber an das Versicherungsamt ab. Neuerdings schlägt die Kasse ein anderes Verfahren ein, indem sie die bei ihr eingehenden Wochenfürsorgeanträge an die Ortsbehörde mit der Mitteilung zurückgibt, daß sie bei dem Versicherungsamt direkt einzureichen seien. Abgesehen davon, daß dieses Verfahren, eine unnötige Belastung der betreffenden Dienststellen ergibt, bin ich der Ansicht, daß für die Kasse auf Grund des § 115 RVO. bzw. der Beistandspflicht, die Verpflichtung besteht, die bei ihr eingehenden Anträge hierher weiterzugeben, und nicht an die Ortsbehörden zurückzusenden. (Zu vgl. Entsch. des RVA. 2551 Amtl. Nachr. 1919 S. 441.) Ich bitte um Ihre Ansicht.

Antwort: Der Kasse liegt eine Vorprüfung des Antrags nicht ob. Der Antrag ist nach § 5 des Ges. v. 9. 6. 22 unmittelbar bei dem Versicherungsamt zu stellen. Aber wir halten es (ganz abgesehen von der erwähnten Entscheidung — ArbVers. 1920 S. 110 — in der es sich um Beistandspflicht auf Ersuchen handelt) für eine selbstverständliche Pflicht der Krankenkasse, die Erledigung des Antrags dadurch zu fördern, daß sie ihn an die zuständige Stelle weitergibt, statt ihn an die unzuständige zurückzugeben. Noch zweckmäßiger wäre es natürlich, wenn gleich die Ortsbehörde den Antrag an das Versicherungsamt leitete.

Der Kassenarzt als Mitglied des Kassenvorstandes.

8. **Nach R.** Antwort: Nach § 23 Abs. 3 RVO. muß sich ein Mitglied des Kassenvorstandes, wie überhaupt jedes Mitglied eines Organs eines Versicherungsträgers, bei Beratung solcher Gegenstände, die das Interesse des Mitgliedes oder seiner Angehörigen berühren, der Teilnahme und Abstimmung enthalten und sich während der Beratung aus dem Sitzungszimmer entfernen. Das gilt selbstverständlich auch für einen der Kasse vertraglich verpflichteten Kassenarzt, der in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber von Versicherungspflichtigen in den Vorstand der Kasse gewählt oder als Ersatzmann für ein ausgeschiedenes Vorstandsmitglied eingetreten ist. Er muß sich bei Beratung über die Honorierung der Kassenärzte und überhaupt über die Gestaltung des Verhältnisses zwischen der Kasse und ihren Aerzten im Vorstande jeder Teilnahme enthalten und das Sitzungszimmer verlassen. Allerdings wird angenommen, daß ein nur mittelbares Interesse, das jemand z. B. als Zugehöriger einer Personenklasse oder als Mitglied einer Körperschaft hat, im allgemeinen nicht hinreicht, die Anwendung des § 23 Abs. 3 RVO. zu rechtfertigen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 6 zu § 23). Allein so liegt die Sache im vorliegenden Falle nicht. Der Kassenarzt hat sich allerdings in gleicher Weise wie die anderen bei der Kasse zugelassenen Aerzte zur Behandlung der Kassenkranken verpflichtet; aber indem jeder von ihnen einzeln den Vertrag unterschriftlich vollzog (wie es der Ziff. 4 des Berliner Abkommens entspricht), hat er dadurch ganz unmittelbare persönliche Rechte und Pflichten gegenüber der Kasse begründet und ist daher auch bei allen Fragen, die dies Rechtsverhältnis, seine Aufrechterhaltung oder Lösung oder Veränderung betreffen, unmittelbar persönlich interessiert. Deshalb gebietet nicht nur der bei einem gebildeten Manne als selbstverständlich vorauszusetzende Takt (zu deutsch: Anstand), sondern auch das Gesetz, daß der Arzt sich der Teilnahme an der Beratung solcher Fragen im Vorstand enthält.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1364 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. September 1922 | Heft 26

Die neuen Gesetze zur RVO. und zum Versicherungsgesetz für Angestellte.

Von Dr. Heinz Jaeger, Direktor des städt. Versicherungsamtes in München.

Es ist nun schon bald zur Gewohnheit geworden, daß der Reichstag zu Weihnachten, Ostern und Pfingsten dem deutschen arbeitenden Volke in Form einer mehr oder minder großen Anzahl von Abänderungsgesetzen zur RVO. und zum Versicherungsgesetze für Angestellte sein persönliches Festtagsangebinde überreicht. Die Eile, in der diese Gesetze gewöhnlich zustande zu kommen pflegen, kann jedoch als vorteilhaft für ihren Inhalt nicht immer bezeichnet werden. Ein besonders großes Bukett an Gesetzen der geschilderten Art hat der Reichstag in der letzten Sitzung vor seinem Auseinandergehen in die Pfingstferien dieses Jahres gebunden. Nicht weniger als neun Gesetze haben an diesem Tage das Licht der Welt erblickt. Wenn sie auch nicht alle von gleichmäßig weittragender Bedeutung sind, so ist es doch notwendig, ihrer in einer Zeitschrift, die wie die vorliegende dem praktischen Vollzug zu dienen bestimmt ist, zu gedenken.

A. Das Gesetz vom 9. Juni 1922 über Versicherungspflicht in der Krankenversicherung (RGBl. S. 497).

Das Gesetz befaßt sich mit der durch die Geldentwertung notwendig gewordenen nunmehr schon 4. Aenderung der in § 165 RVO. für die Krankenversicherungspflicht vorgesehenen Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst. Die erst seit 1. Januar 1922 erfolgte Erweiterung der hier einschlägigen Summe auf 40 000 Mk. hat sich bereits wieder als zu niedrig erwiesen und den Reichstag veranlaßt, noch über den eine Erhöhung auf 60 000 Mk. vorsehenden Regierungsentwurf hinaus die versicherungspflichtige Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst auf 72 000 Mk. zu bemessen. Diese Grenze gilt nunmehr für die sämtlichen in § 165 Abs. 1 Ziffer 2—5 bezeichneten Personen (Betriebsbeamte, Werkmeister u. a. Angestellte in ähnlich gehobener Stellung; Handlungsgehilfen und Handlungslehrlinge in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher); ferner für die Hausgewerbetreibenden (§ 165 Abs. 1, Ziffer 6 in der Fassung des § 1 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921, RGBl. 1922 S. 5), sowie für den Anspruch der Betriebsbeamten und der Angehörigen der deutschen Seeunfallversicherung gegen den Unternehmer bzw. den Reeder nach § 577 und § 1084 RVO. Nicht erweitert wurde die in § 176 Abs. 1 vorgesehene Grenze an jährlichem Gesamteinkommen, bei denjenigen Personen, welche berechtigt sind, der Versicherung freiwillig beizutreten; hier bleibt es auch weiterhin bei der durch § 5 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 5) festgesetzter Grenze von 40 000 Mk.

Im übrigen sind im wesentlichen auch in das neue Gesetz die Bestimmungen übernommen worden, die bereits bei früheren Aenderungen der versicherungspflichtigen Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst galten. So können sich

diejenigen Personen, welche seit dem 5. Januar 1922 wegen Ueberschreitens der Verdienstgrenze von 40 000 Mk. aus einer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden waren und von dem ihnen damals zustehenden Rechte auf freiwillige Weiterversicherung keinen Gebrauch gemacht haben, jetzt aber neuerdings auch nicht wieder versicherungspflichtig werden, sei es, weil ihr Jahresarbeitsverdienst 72000 Mk. übersteigt, oder weil sie sich nicht mehr in abhängiger Stellung befinden, binnen 6 Wochen nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, das ist bis zum 18. August 1922 wieder zur freiwilligen Weiterversicherung bei ihrer Kasse melden (§ 2). Die Kasse hat das Recht, den sich Meldenden ärztlich untersuchen zu lassen; eine beim Wiedereintritt bereits bestehende Krankheit begründet dann keinen Anspruch auf Kassenleistung, berechtigt aber nicht zur Abweisung des Antrags. Die Weiterversicherung hat unter den Bedingungen des § 313a RVO. zu erfolgen, d. h. der Kassenvorstand ist berechtigt, den sich Anmeldenden in eine seinem Gesamteinkommen und den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen entsprechende Lohnstufe einzureihen.

Mitglieder von Ersatzkassen können, wenn sie jetzt neuerdings versicherungspflichtig werden, Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten gemäß § 517 RVO. stellen. Der Antrag ist, wenn er sofortige Wirksamkeit erlangen soll, beim Eintritt in die Krankenkasse, das ist hier mit dem Beginn der Versicherungspflicht, also am 7. Juli 1922 oder spätestens am zweiten Zahltage darauf, beim Kassenvorstande zu stellen (§ 519 RVO.). Ist der Antrag in diesem Sinne verspätet gestellt, so kann er frühestens erst für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahres gestellt werden und muß spätestens einen Monat vorher, das ist also, wenn sich aus der Berechnung der Zahltage bei der zuständigen Kasse nicht etwas anderes ergibt, spätestens am 31. August 1922 beim Vorstand der Krankenkasse eingereicht sein.

Eine besondere Regelung trifft § 2 Abs. 3 des Gesetzes für diejenigen Ersatzkassenmitglieder, welche bei einer knappschaftlichen Krankenkasse versicherungspflichtig werden, weil ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 40 000 Mk. übersteigt. Für sie war durch § 2 Abs. 3 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 bestimmt, daß sie, sofern sie damals versicherungspflichtig wurden, weil ihr Jahresarbeitsverdienst mehr als 15 000 Mk., aber weniger als 40 000 Mk. betrug, von der Versicherungspflicht befreit werden **konnten**, wenn sie es binnen sechs Wochen nach dem 1. Januar 1922 beantragten. Da nun die knappschaftlichen Krankenkassen von dieser Kannvorschrift sehr weitgehenden Gebrauch gemacht und die meisten Anträge ohne weitere Prüfung abgelehnt haben sollen, bestimmt das neue Gesetz, daß diesbezüglichen Anträgen stattgegeben werden muß, wenn der Antragsteller bereits länger als 6 Monate Mitglied einer Ersatzkasse ist. Bei den anderen knappschaftlichen Ersatzkassenmitgliedern bleibt es bei der Kannvorschrift, jedoch ist aus der Begründung zum Entwurf des Gesetzes (Reichstagsdrucksache 4371 S. 2) zu entnehmen, daß es der Absicht des Gesetzgebers widersprechen würde, wenn die Ablehnung solcher Befreiungsanträge ohne sorgfältige Prüfung des Einzelfalles erfolgen sollte. Die Antragsfrist selbst ist auch hier auf sechs Wochen nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, das ist bis zum 18. August 1922 erstreckt.

§ 3 des Gesetzes bringt die bereits übliche Anerkennung derjenigen Personen als Pflichtmitglieder der Kassen, welche, obgleich ihr Jahresarbeitsverdienst 40 000 Mk. überschritten hat, seit dem 5. 1. 1920 noch weiter als versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden sind.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die nunmehr neuerdings versicherungspflichtig werdenden Personen spätestens bis zum 14. Tage nach dem Inkrafttreten des Gesetzes bei der Krankenkasse zu melden. Da das Gesetz eine besondere Bestimmung über sein Inkrafttreten nicht enthält, tritt es nach der Reichsverfassung am 14. Tage nach seiner am 23. Juni 1922 erfolgten Veröffentlichung im Reichsgesetzblatt, das ist am 7. Juli 1922 in Kraft, so daß sich die Anmeldefrist bis zum 21. Juli 1922 erstreckt. Die Meldung kann jedoch wirksam schon vor dem 7. Juli 1922 erfolgen.

B. Gesetz vom 9. Juni 1922 über Grundlöhne und Vorstandswahl bei den Krankenkassen (RGBl. S. 498).

I. Die Erhöhung der Grundlöhne.

Mit der Erweiterung der versicherungspflichtigen Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst mußte notwendigerweise auch eine Erhöhung der Grundlöhne Hand in Hand gehen. Sie erfolgt in der Weise, daß künftig bei der Festsetzung des Grundlohnes der Entgelt berücksichtigt werden muß, soweit er 60 Mk. für den Arbeitstag nicht übersteigt, daß ihn aber die Satzung der Krankenkasse darüber hinaus berücksichtigen kann, soweit er 120 Mk. für den Arbeitstag nicht übersteigt (§ 1).

Einer Satzungsänderung wegen Erhöhung des Grundlohnes bedarf es nur, wenn nicht lediglich den bisher schon bestehenden höchsten Grundlohnstufen neue, den erhöhten neuen Grundlöhnen entsprechende Lohnklassen angegliedert werden sollen, sondern wenn gleichzeitig eine von Grund aus erfolgende Neueinteilung sämtlicher Grundlohnstufen vorgenommen wird. Dies war bei der letztmaligen Neufestsetzung der Grundlöhne durch die §§ 8 ff. des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 6) nicht klar zum Ausdruck gebracht. Verschiedentlich haben daher Kassenvorstände auch diese weitgehende Aenderung der Grundlohnstufen ohne Satzungsänderung vorgenommen. Durch § 4 des nunmehrigen Gesetzes wird daher bestimmt, daß, wo dies geschehen ist, die so vorgenommenen Aenderungen von ihrem Erlaß an als gültig zu betrachten sind, wenn nur neuerdings das Satzungsänderungsverfahren bei der jetzt erforderlichen Neuregelung der Grundlöhne durchgeführt wird. Diese Anerkennung der Gültigkeit der erwähnten Beschlüsse gilt auch, wenn etwa bereits Streitverfahren wegen Anfechtung der früheren Beschlüsse des Kassenvorstandes oder wegen Gewährung der erhöhten Leistungen, die bei der zweifellos bestehenden Ungültigkeit dieser Beschlüsse abgewiesen werden müßten, am 23. Juni 1922 noch schweben. Sind Ansprüche, die jetzt begründet wären, bereits rechtskräftig abgewiesen worden, so hat die Krankenkasse einen neuen Bescheid zu erteilen.

Im übrigen gilt für Aenderungen des Grundlohns, daß sie an sich durch den Kassenvorstand allein vorgenommen werden können, daß aber auch ein Beschluß des Kassenausschusses notwendig ist, wenn die Höchstgrenze über 60 Mk., bei Kassen aber, bei denen sie bisher schon über 40 Mk. betrug, wenn sie über 90 Mk. hinaufgesetzt werden soll. Darnach ergibt sich folgende Regelung:

1. Der Kassenvorstand beschließt allein:
   a) wenn eine Kasse ihren bisherigen Grundlohn zwischen 40 und 80 Mk. festgesetzt hatte und beabsichtigt, jetzt nur bis zu 90 Mk. zu gehen,
   b) wenn eine Kasse ihren bisherigen Grundlohn nur bis zu 40 Mk. festgesetzt hatte und beschließt, nun nicht weiter als bis zu 60 Mk. zu gehen;
2. Der Kassenvorstand und der Kassenausschuß beschließen:
   a) wenn eine Kasse ihren bisherigen Grundlohn zwischen 40 und 80 Mk. festgesetzt hatte und beabsichtigt jetzt über 90 Mk. zu gehen;
   b) wenn eine Kasse ihren bisherigen Grundlohn nur bis zu 40 Mk. festgesetzt hatte und nunmehr über 60 Mk. zu gehen beabsichtigt;
3. ein Beschluß des Kassenvorstandes und des Kassenausschusses sowie die Genehmigung des Oberversicherungsamtes nach § 324 RVO. ist nötig, wenn mit der Grundlohnänderung gleichzeitig eine völlige Neueinteilung der bestehenden Mitgliederklassen oder Lohnstufen vorgenommen werden soll.

Diejenigen Versicherten, deren Grundlohn die bisher bei der Kasse vorgesehene Höchstgrenze überschreitet, haben nach § 2 Abs. 2 des Gesetzes auf die ihren neuen Grundlohn entsprechenden höheren Kassenleistungen von dem Tage des Vorstandsbeschlusses ab Anspruch auch dann, wenn der Versicherungsfall bereits vor dem 23. Juni 1922 eingetreten war. Das gleiche muß dann meines Erachtens auch für diejenigen Mitglieder gelten, bei denen der Versicherungsfall zwischen dem 23. Juni 1922 und dem Tage des Vorstandsbeschlusses eingetreten ist. Nicht dagegen gilt es für diejenigen Mit-

glieder, deren Grundlohnstufen durch eine etwa vorgenommene allgemeine Neuregelung der Grundlöhne der Kasse geändert werden, jedoch unter dem bisherigen Höchstsatz des Grundlohns bleiben; für sie kann jedoch die Krankenkasse gemäß § 211 RVO. die Anwendung der erhöhten Leistungen auf die laufenden Versicherungsfälle beschließen.

Versicherte, für die nunmehr ein höherer Grundlohn als der bisherige höchste Grundlohn der Kasse in Betracht kommt, müssen von ihren Arbeitgebern binnen vier Wochen nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, das ist bis zum 21. Juli 1922, neuerdings bei der Krankenkasse angemeldet werden (§ 3 des Gesetzes). Den Krankenkassen steht außerdem das Recht zu, bei freiwillig Weiterversicherten, die bisher schon in der höchsten Grundlohnstufe eingereiht waren, bei denen die Beiträge dieser Stufe aber in erheblichen Mißverhältnisse zu ihrem Gesamteinkommen und zu den ihnen im Krankheitsfalle zu gewährenden Leistungen stehen, eine Neueinstufung vorzunehmen.

II. Die Aenderung des § 328 RVO.

Nach § 328 RVO. in der Fassung des § 1 der Verordnung vom 5. Februar 1919 (RGBl. S. 181) und des § 1 des Gesetzes vom 28. Juni 1919 (RGBl. S. 1415) wählen die Vorstandsmitglieder der Orts- und Landkrankenkassen aus ihrer Mitte in ungetrennter Wahlhandlung den Vorsitzenden des Vorstands, sowie einen oder mehrere Stellvertreter. Es gilt also einfache Stimmenmehrheit, und Zweifel können höchstens dort entstehen, wo sich Stimmengleichheit ergibt. Im allgemeinen hat hier dann bisher das Los entschieden. Wie nun die Begründung zu § 5 des Gesetzes vom 9. Juni 1922 (Reichstagsdrucksache 4371 S. 5) ergibt, sollen sich Fälle ereignet haben, „in denen sich bei der Wahl des Vorstandsvorsitzenden je die Hälfte der Vorstandsmitglieder gegenübersteht, eine Einigung nicht zu erzielen ist und auch der Ausweg einer Entscheidung durch das Los abgelehnt wird." Da § 9 RVO. über den Stichentscheid durch den Kassenvorsitzenden mangels des Vorhandenseins eines solchen nicht Anwendung finden kann, so bringt nun § 5 des Gesetzes vom 9. Juni 1922 noch folgenden Zusatz zu § 328 RVO.:

> „Erhält kein Mitglied die für seine Wahl erforderliche Stimmenmehrheit, so wird die Wahl auf einen anderen Tag anberaumt. Kommt die Wahl auch in der zweiten Sitzung nicht zustande, so gelten die beiden Mitglieder, welche die höchsten Stimmenzahlen erhalten haben, mit der Maßgabe als gewählt, daß sie den Vorsitz unter gegenseitiger Stellvertretung abwechselnd je für ein Jahr zu führen haben. Die Reihenfolge bestimmt sich nach der höchsten Stimmenzahl, bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.
>
> Für die etwa zu wählenden weiteren Stellvertreter gilt diese Vorschrift entsprechend."

Auch diese Fassung bringt nicht volle Klarheit. Nach § 328 RVO. muß angenommen werden, daß dasjenige Vorstandsmitglied zum Vorsitzenden gewählt ist, welches die absolute Majorität, das ist eine Stimme mehr, als die Hälfte der Anwesenden beträgt, auf sich vereinigt. Wenn sich daher die Stimmenzahl auf mehr als zwei Personen verteilt, so wird eine absolute Majorität nicht zustande kommen und es soll nun eine relative Majorität auf Grund eines zweiten Wahlganges genügen. Hier sollen dann die beiden mit der höchsten Stimmenzahl Gewählten den Vorsitz abwechselnd für 1 Jahr führen. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Diese Fassung berücksichtigt jedoch nicht den Fall, daß von den mehreren Personen, auf die Stimmen entfallen sind, die dem Bewerber mit der höchsten Stimmenzahl folgenden eine gleiche Stimmenzahl auf sich vereinen; wenn sich z. B. die Stimmen von fünfzehn Anwesenden in der Weise verteilen, daß auf A. sieben Stimmen und auf B. und C. je vier Stimmen entfallen, so kann das Gesetz nicht zur Anwendung kommen. Man wird jedoch annehmen müssen, daß hier zwischen B. und C. das Los entscheidet und daß A. den Vorsitz zunächst für das erste Jahr übernimmt.

C. Die Neuregelung der Wochenhilfe.

Zur wohl allseitigen Ueberraschung hat die Reichsregierung dem Reichstag eine vollständige Neuregelung der Wochenhilfe unterbreitet. Ausgehend von dem Gedanken, daß sich die Zusammenfassung der Bestimmungen über Wochenhilfe, Familienwochenhilfe und Wochen-

fürsorge in einem Gesetze nicht als zweckmäßig und als eine der Hauptursachen für die immer wieder auftauchenden Zweifelsfragen zeige, benützte die Regierung die Gelegenheit der neuerdings wieder notwendig gewordenen Erhöhung der Barleistungen der Wochenhilfe zu einer grundlegenden Aenderung. Sie machte nun einen radikalen Trennungsstrich zwischen die auf versicherungsrechtlicher Grundlage aufgebaute Kassen- und Familienwochenhilfe und die aus dem Gesichtspunkte der Fürsorge entstandene Wochenfürsorge und schuf für die gesamte reichsgesetzliche Mutterschaftsfürsorge zwei von einander gänzlich getrennte Gesetze. Dabei nahm sie die Gelegenheit wahr, die gesamte infolge der Uebernahme der Kriegswochenhilfe in die RVO. erfolgte Aenderung der Bestimmungen dieser letzteren einer Neuredaktion zu unterziehen.

I. Das Gesetz vom 9. Juni 1922 über Wochenhilfe (RGBl. S. 499).

Das Gesetz enthält im großen und ganzen dieselben Bestimmungen, welche schon das Gesetz vom 26. September 1919 über die Wochenhilfe und Wochenfürsorge und die zu seinem Ausbau weiter ergangenen Gesetze hinsichtlich der Aenderung der Bestimmungen der RVO. enthalten haben. Es bringt jedoch auch noch einige weitere Ergänzungen und Abänderungen, die sich in erster Linie mit den **Leistungen der Wochenhilfe** befassen.

Unter ihnen ist die wichtigste die nunmehr in die Praxis umgesetzte, schon durch das Gesetz vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) vorgesehene, aber gemäß Artikel V dieses Gesetzes bisher noch nicht in Vollzug gesetzte Einführung der bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlichen ärztlichen Behandlung. Wie sich aus der Begründung des Gesetzes (Reichstagsdrucksache 4371 S. 10) entnehmen läßt, vertritt der Reichsarbeitsminister den Standpunkt, daß die am 22. März 1922 in Berlin zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Aerzte abgeschlossenen Vereinbarungen, inhaltlich deren die preußische Gebührenordnung vom 15. März 1922 in ihren Mindestsätzen zuzüglich eines vierteljährlich entsprechend der Steigerung der Reichsindexziffer festgesetzten Teuerungszuschlags für die Vergütung der ärztlichen Leistungen seitens der Krankenkassen maßgebend sein soll, nunmehr auch die Möglichkeit gibt, die **freie ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden und bei der Entbindung** allgemein einzuführen. Man muß daher annehmen, daß die Mindestsätze der preußischen Gebührenordnung ohne weiteres auf die Wochenhilfe und Familienwochenhilfe anzuwenden sind. Da jedoch die in Berlin getroffenen Vereinbarungen lediglich die damals allein in Frage stehende ärztliche Behandlung im Krankheitsfalle im Auge hatten, werden die Krankenkassen nicht umhin können, mit ihren Aerzten hinsichtlich der Ausdehnung der preußischen Gebührenordnung auf die Wochenhilfe und Familienwochenhilfe neuerdings ins Benehmen zu treten. Sollten sich die Aerzte weigern, sich der Kasse gegenüber zur Anerkennung der Berliner Vereinbarungen auch für die Wochenhilfe zu verpflichten, und sollten ihr auch nicht anderweit angemessene Bedingungen geboten werden, so ist die Krankenkasse berechtigt, der Wöchnerin statt der Sachleistung eine bare Beihilfe bis zum Betrage von 300 Mk. zu gewähren. In diesem Sinne ergänzt Artikel III des Gesetzes den § 370 RVO. Während aber die bisherige Fassung dieses Paragraphen vorsieht, daß bei einer Unmöglichkeit der Durchführung der ärztlichen Behandlung im Krankheitsfalle das Oberversicherungsamt auf Antrag der Kasse die Barleistung einführt, ist dies in dem nunmehr dem § 370 Abs. 1 Satz 1 angefügten Satz 2 nicht vorgesehen. Wenn es auch kaum in der Absicht des Gesetzgebers gelegen sein dürfte, hier die Krankenkasse allein handeln zu lassen, so wird man angesichts der Unterlassung der Einfügung einer diesbezüglichen Bestimmung doch annehmen müssen, daß von einer Antragstellung an das Oberversicherungsamt und von einer Ermächtigung durch dieses Abstand genommen werden kann.

Eine weitere Aenderung erfährt der bisherige Entbindungskostenbeitrag, der nunmehr auf 250 Mk. erhöht und als „**einmaliger Beitrag zu den sonstigen Kosten der**

Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden" gewährt wird. Er vereinigt daher nunmehr in sich auch die bisherige Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, die als Sonderleistung gefallen ist. Kommt es zu keiner Entbindung, so tritt jedoch diese in dem einmaligen Beitrag mitenthaltene Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden gesondert in die Erscheinung, indem in diesem Falle „als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden 50 Mk. zu zahlen sind." Der Nachweis, daß tatsächlich Schwangerschaftsbeschwerden vorlagen, daß sachverständige Hilfe notwendig war und daß Kosten erwachsen sind, darf jedoch nicht gefordert werden; der Betrag von 50 Mk. ist ohne weiteres zu zahlen, wenn der, am besten durch ärztliche Bescheinigung zu erbringende, Nachweis vorliegt, daß die Antragstellerin schwanger war und es zu einer Entbindung nicht kommen wird; wann eine Entbindung vorliegt, ist der Entscheidung des Reichsversicherungsamts 2678 vom 24. Nov. 1921 (Amtl. Nachr. 1921 S. 433) zu entnehmen.

Das Wochengeld hat nur die Aenderung erfahren, daß sein Mindestsatz auf 6 Mk. täglich erhöht wird; bei der Familienwochenhilfe ist als Mindestsatz der Betrag von 4,50 Mk. im Tag angesetzt worden. Das Stillgeld wird durch das neue Gesetz sowohl bei der Kassen- wie bei der Familienwochenhilfe auf 8 Mk. täglich erhöht.

Der einmalige Beitrag kann durch die Sachleistung im Wege des § 195 c RVO. abgegolten werden. In diesem Falle ist jedoch der Wöchnerin ein Betrag von 100 Mk. unbedingt auszuhändigen; findet eine Entbindung nicht statt, so ist der Wöchnerin kein Beitrag zu zahlen. Wo nach Landesgesetz eine öffentlich-rechtliche Körperschaft den Hebammen die Gebühren auszahlt oder ein bestimmtes Mindesteinkommen gewährleistet, wie dies in Mecklenburg bereits und in Preußen demnächst der Fall sein wird, kann angeordnet werden, daß von dem einmaligen Beitrag eine Summe bis zur Höhe von 150 Mk. an diese Körperschaft zu zahlen ist (§ 195 d).

Für die Ersatzpflicht der Krankenkassen untereinander nach § 197 RVO. ist bestimmt worden, daß der Wert der freien ärztlichen Behandlung mit der Pauschsumme von 300 Mk., derjenige des durch Sachleistung abgefundenen einmaligen Beitrags mit 150 Mk. in Ansatz gebracht wird. Eine wesentliche Aenderung hat ferner noch § 199 RVO. erfahren, indem die bisher vorgesehene Anrechnung des etwa eingeführten Schwangerengeldes auf die Zeit der Gewährung des Wochengeldes vor der Niederkunft in Wegfall gekommen ist.

Auf dem Gebiete der Familienwochenhilfe ist die Aenderung des § 205 a Abs. 5 von Bedeutung, die nunmehr auch im Gesetzestext festlegt, daß wenn die Niederkunft innerhalb neun Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt, bei Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern Voraussetzung ist, daß sie mit dem Versicherten bis zu seinem Tode in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

Als Uebergangsbestimmung sieht Artikel IX Abs. 2 des Gesetzes vor, daß bei Entbindungsfällen, die vor dem Tage der Verkündung des Gesetzes, d. i. am 23. Juni 1922 eingetreten sind, das Wochengeld und das Stillgeld für den Rest der Bezugszeit nach den neuen Beträgen zu zahlen ist.

Von den in den Artikeln II bis VII vorgenommenen redaktionellen Aenderungen der Reichsversicherungsordnung ist die für die Allgemeinheit wichtigste die durch Artikel VII erfolgte Neueinfügung eines § 507 a. Danach ist bestimmt, daß, soweit die Rechte und Pflichten versicherungspflichtiger Mitglieder einer Ersatzkasse nach § 517 RVO. ruhen, für die Regelleistungen an Wochenhilfe, welche eine Ersatzkasse diesen Mitgliedern und ihren Familienangehörigen gewährt, die §§ 195 d, 197, 205 a, 205 c, 205 d entsprechend gelten und daß auf die Wochenhilfe nicht nur die vorgenannten Mitglieder der Ersatzkassen, sondern auch diejenigen Mitglieder Anspruch haben, welche beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zur Weiterversicherung bei einer Krankenkasse berechtigt gewesen sein würden und seitdem der Ersatzkasse ununterbrochen angehört haben. Der diese letztere Vorschrift bisher enthaltende § 14 des Gesetzes

vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) wurde aufgehoben (Art. VIII).

II. Das Gesetz vom 9. Juni 1922 über Wochenfürsorge (RGBl. S. 502).

Die §§ 1 u. 2 regeln die bisher in § 17 des Gesetzes vom 29. Juli 1921 festgelegten Voraussetzungen, unter denen Wochenfürsorge gewährt wird. Neu ist hier, daß die Wochenfürsorge auch ausgeschlossen ist, wenn ein (jetzt wohl nur mehr höchst seltener) Anspruch auf Kriegswochenhilfe besteht und daß zur Prüfung der Frage der Minderbemitteltheit einer Wöchnerin nicht mehr das Gesamteinkommen, bezw. das eigene Einkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Niederkunft, sondern das steuerpflichtige Einkommen in diesem Zeitraume heranzuziehen ist. Da steuerpflichtiges Einkommen, soweit man diesen der Steuertechnik nicht mehr bekannten Ausdruck noch gebrauchen kann, nur das um die Werbungskosten (z. Zt. 10 800 Mk.) verminderte Einkommen ist, so erhöht sich der an sich unverändert gebliebene Betrag von 15 000 Mk. im allgemeinen auf 25 800 Mk.; der Kinderzuschlag wurde von bisher 500 Mk. auf 1500 Mk. für jedes Kind erhöht.

Die Leistungen der Wochenfürsorge regeln die §§ 3, 4, 6 und 7 des Gesetzes. Die Leistungen bestehen aus der Gewährung der bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlichen ärztlichen Behandlung, aus dem einmaligen Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von 250 Mk., wovon jedoch, wenn eine Entbindung nicht stattfindet, als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden nur 50 Mk. zu zahlen sind, aus einem Wochengeld von täglich 4,50 Mk. für 10 Wochen und einem Stillgeld von täglich 8 Mk. für 12 Wochen.

Die freie ärztliche Behandlung soll, wie sich aus § 7 ergibt, durch die mit der wie bisher zahlungspflichtigen Orts- bezw. Landkrankenkasse in einem Vertragsverhältnis stehenden Aerzte zu dem für die Behandlung der Kassenmitglieder oder ihrer Familienangehörigen bei der Wochenhilfe und bei der Familienwochenhilfe geltenden Bedingungen, d. i. also nach den Mindestsätzen der preußischen Gebührenordnung vom 15. März 1922, übernommen werden. Hier bedarf es jedoch zweifellos noch besonderer Verhandlungen zwischen der einzelnen Krankenkasse und den ärztlichen Organisationen. Für den Fall, daß diese die Uebernahme der freien ärztlichen Behandlung zu den genannten Bedingungen verweigern oder daß sie sich dem Spruche eines (wie man annehmen muß auf Antrag der Kasse oder auf Antrag der beteiligten Aerzte) anzurufenden Schiedsamts, das unter Mitwirkung von Unparteiischen zu gleichen Teilen mit Vertretern der Aerzte und der Krankenkassen besetzt wird, nicht unterwerfen, ermächtigt das Oberversicherungsamt die Krankenkassen auf ihren Antrag hin der Wöchnerin statt der Sachleistung einen baren Betrag bis zu 300 Mk. zu zahlen.

Der einmalige Beitrag gilt, wenn eine Krankenkasse ihren versicherten Mitgliedern die Sachleistung gewährt, ohne weiteres und ohne besonderen Beschluß auch für die Leistung der Wochenfürsorge als durch die Sachleistung ersetzt (§ 6); als bare Beihilfe erhält die Wöchnerin dann nur 100 Mk., wenn aber keine Entbindung stattfindet, überhaupt keinen Beitrag. Für den Fall, daß eine öffentlichrechtliche Körperschaft den Hebammen die Gebühren auszahlt oder ein bestimmtes Mindesteinkommen gewährleistet, trifft § 4 dieselben Bestimmungen, wie sie bereits für die Wochenhilfe gelten.

An der Antragstellung, der Verbescheidung des Antrags und der Auszahlung der Leistungen hat sich nichts geändert; die einschlägigen Bestimmungen enthalten nunmehr § 5 und § 10 des Gesetzes.

Der Rückersatz der Leistungen der Wochenfürsorge durch das Reich erfolgt in voller Höhe der erwachsenen Kosten mit der Maßgabe, daß, wenn anstelle des einmaligen Beitrags die Sachleistung gewährt wird, ein Pauschbetrag von 150 Mk. vergütet wird (§§ 8, 9).

Mit dem Tage des Inkrafttretens des Gesetzes, d. i. dem 23. Juni 1922 treten alle in den seit 26. September 1919 erlassenen Gesetzen befindlichen Vorschriften über die

Wochenfürsorge außer Kraft (§ 11). Wöchnerinnen, die vor dem 23. Juni 1922 entbunden haben und bereits Wochenfürsorge beziehen, erhalten ab 23. Juni 1922 für den noch verbleibenden Rest der Bezugszeit das erhöhte Wochen- und Stillgeld; Wöchnerinnen, die zwar vorher entbunden haben, aber erst ab 23. Juni 1922 als minderbemittelt anzusehen sind, erhalten ab diesem Tage Wochen- und Stillgeld.

(Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Stenotypistinnen bei der Reichsbank sind unter Umständen Handlungsgehilfinnen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 6. April 1922.

Gegen die Abgabe der Sache an das RVA. waren keine Bedenken zu erheben. Auf eine an die Reichsbankstelle Lübeck gerichtete Anfrage hat das Reichsbank-Direktorium mitgeteilt, daß außer den drei in Rede stehenden weitere Stenotypistinnen gleichzeitig nicht beschäftigt worden seien, aus den sich meldenden Bewerberinnen würden die geeignetsten ausgesucht; es würden diejenigen mit bester Schulbildung, besten Anlagen und besten Empfehlungen bevorzugt; besonderer Wert werde auf kaufmännische Vorbildung gelegt. Fräulein St. beherrsche die englische und französische Sprache, soweit dies zur Wiedergabe der Korrespondenz erforderlich sei; ihre Sprachkenntnisse leisteten wichtige Dienste; sie sei seit etwa Juli 1918 Leiterin der Schreibmaschinen-Abteilung. Fräulein P. vertrete sie in Behinderungsfällen. Die Obliegenheiten als Leiterin beständen darin, daß diese alle Entwürfe und fast alle Stenogramme entgegennehme und für richtige Verteiluug der Arbeiten sorge. Auch sei sie für rechtzeitige Fertigstellung der Arbeiten verantwortlich. Im allgemeinen würden die drei Stenotypistinnen mit Kurzschriften und mit dem Uebertragen von Entwürfen beschäftigt. In einzelnen Fällen fertigten Fräulein St. und Fräulein P. auch selbständige Schreiben nach kurzen Anweisungen an. Allen drei liege die Anfertigung von Tabellen, Berechnungen und schwierigen Aufstellungen ob — Arbeiten, bei welchen auch das Abschreiben der Entwürfe eine Kenntnis der Zusammenhänge und der betreffenden Materien voraussetze. Die Tabellen bezögen sich insbesondere auf ausländische Sorten, Ankäufe, Valuten usw.

Die gemäß § 210 Abs. 4 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gehörte RVA. für Angestellte hat sich dahin geäußert, daß die drei Angestellten gemäß § 1 Absatz 1 Nr. 2 a. a. O. versicherungspflichtig seien.

Die Beschwerde ist begründet. In den §§ 12, 13 des Bankgesetzes vom 14. März 1875 sind Aufgabe der Reichsbank und ihre Geschäfte umschrieben. Sie betreibt danach Bankgeschäfte im Sinne des § 1 Nr. 4 des Handelsgesetzbuches und hat nach der im Schrifttum vorherrschenden, auch von den Parteien anerkannten Auffassung die Eigenschaft eines Kaufmanns (Staubs Kommentar zum Handelsgesetzbuch, 9. Aufl. Bd. 1 S. 46, Anm. 69 zu § 1 Bankgesetz vom 14. März 1875; erläuternde Ausgabe von Henschel, Anm. 3a zu § 13 S. 83 ff.). Es ist daher weiter zu prüfen, ob die in Rede stehenden Personen als Handlungsgehilfinnen, wie die Reichsbankstelle annimmt, die Landesversicherungsanstalt aber bestreitet, gelten können. Das Reichsversicherungsamt hat die Frage bejaht. Es mag der Landesversicherungsanstalt zugegeben werden, daß die in Rede stehenden drei Personen nicht ausschließlich kaufmännische Dienste zu verrichten haben und daß die Grenze zwischen diesen und gewerblichen Hilfsdiensten oft flüssig und schwer zu prüfen ist. In der Rechtsprechung (zu vergl. Staubs Kommentar Anmerk. 14 a. E. zu § 59) werden Stenographen und Maschinenschreiber teils ohne weiteres, teils dann, wenn sie das Diktierte auch selbständig zu bearbeiten haben, als Handlungsgehilfen angesehen. Die hier in Betracht kommenden Angestellten werden nach der Auskunft der Reichsbank mit Kurzschriften und mit dem Uebertragen von Entwürfen, aber auch mit Anfertigung selbständiger Schreiben nach kurzer Anweisung, Aufstellungen und Tabellen, etwa über ausländische Sortenankäufe, Valuten usw. beschäftigt. Es wird besonderer Wert auf kaufmännische Vorbildung gelegt; nach dem Schriftsatz der Reichsbankstelle Lübeck vom 6. April 1921 sind die bei ihr beschäftigten Stenotypistinnen zunächst in einer Handelsschule kaufmännisch vorgebildet und vor ihrer Beschäftigung bei der Reichsbank buchhalterisch tätig gewesen. Da auch die Reichsbank selbst den Standpunkt vertritt, daß die drei Stenotypistinnen kaufmännische Dienste leisten, so hat das RVA. unter den obwaltenden Verhältnissen keinen Anlaß gefunden, dieser Auffassung entgegenzutreten. Die drei Stenotypistinnen sind daher als Handlungsgehilfinnen mit einem Jahresgehalt von mehr als Mk. 2000,— nicht versicherungspflichtig. Für eine Erörterung ob Stenotypistinnen, die nicht im Handelsgewerbe tätig sind, als Gehilfinnen oder Angestellte in gehobener Stellung (§ 1226 Nr. 1 und Nr. 2 RVO.) zu behandeln sind, bot der vorliegende Streitfall keinen Anlaß.

B. Zur Krankenversicherung.

Voraussetzung für die Versetzung in eine höhere Grundlohnstufe (§ 113 a).

Beschluß des **Versicherungsamts Stadt Plauen** vom 7. Juli 1922 (2145 V. 22).

Bei Beurteilung der Streitfrage ist einzig und allein das Hauptgewicht darauf zu legen, ob es als rechtlich zulässig zu bezeichnen ist, wenn seitens der Kasse die Versetzung in eine höhere Beitragsklasse ohne Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse lediglich davon abhängig gemacht wird, das in der betreffenden Klasse die eigenen Kosten der Kasse gedeckt werden. Die Frage ist zu verneinen. Es kann demgemäß dem von der Ortskrankenkasse im Gegensatze hierzu aufgestellten Grundsatze nicht beigepflichtet werden. Nach § 7 des maßgebenden Gesetzes vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 6) kann der Kassenvorstand die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe auch ohne seine Zustimmung nur dann verordnen, wenn dessen Beiträge in erheblichem Mißverhältnisse zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen stehen. Der klare Wortlaut dieser Kannbestimmung läßt zweifellos erkennen, daß bei der Zwangsversetzung in eine höhere Klasse zunächst die Höhe des Gesamteinkommens in den Vordergrund zu treten hat. Ergibt die Tatsache, daß das Einkommen des Versicherten derart hoch ist, daß die Beiträge hierzu und zu den im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen in keinem richtigen Verhältnisse stehen, so ist die Versetzung begründet. Bei Abmessung des Rechtes einer Beitragsversetzung das Einkommen völlig auszuschalten, ist als gesetzlich unhaltbar zu bezeichnen, umsomehr, als auch nach dem ersten Satze der eingangserwähnten Gesetzesbestimmung das Mitglied während der Weiterversicherung lediglich entsprechend seinen Einkommensverhältnissen seine Versetzung in eine niedere Klasse beantragen kann. Wollte man einen anderen Standpunkt einnehmen und der von der Ortskrankenkasse vertretenen Ansicht zustimmen, so würde der Fall sehr häufig sein, daß die Kasse einerseits ohne Beachtung der Einkommensverhältnisse eine Einstufung in eine höhere Klasse vornimmt, während der Vesicherte andererseits kurz darauf, gestützt auf sein geringeres Einkommen, mit Erfolg die Rückversetzung in eine niedere Klasse beantragt. Ebenso hat in einer ähnlich gearteten Beschwerdesache das Versicherungsamt Herford seiner Entscheidung vom 13. 4. 1922 in erster Linie das Gesamteinkommen zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer höheren Beitragseinstufung zum Anhalt genommen. Aber auch der formlose Bescheid des Reichsarbeitsministers, den die Ortskrankenkasse glaubt, für sich zugunsten in Anspruch nehmen zu müssen, würde, selbst wenn man ihm bei der Entscheidung eine Bedeutung beimessen wollte, zu einer gegenteiligen Auslegung nicht führen, da der Bescheid zu allgemein gehalten ist und eine Klärung der strittigen Frage nicht enthält.

In Würdigung aller einschlagenden Verhältnisse und weil insbesondere feststeht, daß P. außer seinem an sich zur Beitragsklasse I einzustufenden Rentenbezuge von jährlich 1094,40 Mk. ein weiteres Einkommen nicht hat, die Beiträge aber trotzdem in Klasse II zu zahlen beabsichtigt und diese Beiträge zu seinem Einkommen und zu den zu gewährenden Kassenleistungen als in ein Mißverhältnis stehend nicht anzusehen sind, mußte die Beschwerde, wie geschehen, als begründet anerkannt werden.

Zur Anwendung des § 397 RVO. bei Versäumung der Abmeldung von Ersatzkassenmitgliedern.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. Januar 1922 (2702 Amtl. Nachr. 1922 S. 328).

Zwar hat das Reichsversicherungsamt in seiner grundsätzl. Entsch. vom 3. Juli 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 685 Ziff. 2099) sich dahin ausgesprochen, daß bei verspäteter Abmeldung eines Ersatzkassenmitgliedes, dessen Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse nach § 517 RVO. ruhten, der Arbeitgeber nach § 397 a. a. O. nur den eigenen Beitragsteil fortzuzahlen habe. Die Voraussetzung für diese Entscheidung, nämlich die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Entrichtung des eigenen Beitragsteils während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses an die Pflichtkasse, ist aber seit dem 29. Juni 1919 nicht mehr vorhanden. Denn an dem genannten Tage ist das Gesetz über Landkrankenkassen usw. vom 28. Juni 1919 (RGBl. 1919 S. 615 ff.) in Kraft getreten; § 13 der Verordnung vom 3. Februar 1919 in der Fassung des § 11 des Gesetzes vom 28. Juni 1919 hat eine wesentliche Abänderung des § 517 Abs. 2 RVO. herbeigeführt, soweit er bestimmt, daß der Arbeitgeber den Beitragsteil statt an die Krankenkasse unmittelbar an die Ersatzkasse einzuzahlen hat, falls für sie eine Anordnung über die Abführung von Beitragsteilen der Arbeitgeber nach § 518 erlassen ist. Demnach besteht für solche Arbeitgeber gegenüber der Zwangskasse während des Beschäftigungsverhältnisses ihrer Arbeiter eine Beitragsverpflichtung nicht mehr. Ist aber die Verpflichtung zur Zahlung des Arbeitgeberdrittels während des Beschäftigungsverhältnisses der Arbeiter weggefallen, so kann nach Entlassung der Arbeiter bis zu ihrer vorschriftsmäßigen Abmeldung diese Verpflichtung auf Grund des § 397 nicht mehr aufleben; § 397 ordnet nur ein „Fortzahlen" der Beiträge an — so auch Tarnowski in der Ersatzkasse 1921, 6. Jahrgang Heft 1 S. 5 ff. und Kottler a. a. O. Heft 2 S. 18, anderer Meinung Rühe in der Ersatzkasse 1922, 6. Jahrg. Heft 4 S. 48 ff. Auch die Bezugnahme der Beschwerdeführerin auf § 317 RVO. kann hieran

nichts ändern § 317 enthält nicht Vorschriften über Beitragsentrichtung, sondern lediglich solche über die Meldepflicht. Ob und inwieweit die Zwangskasse bei Verletzung dieser Meldepflicht durch Arbeitgeber von versicherungspflichtigen Arbeitern, die Mitglieder einer mit dem Vorrecht des § 518 ausgestatteten Ersatzkasse sind, noch eine Bestrafung herbeiführen kann, steht im vorliegenden Falle nicht zur Entscheidung (zu vergl. hierzu Entsch. 2668, Amtl. Nachr. 1921 S. 379).

Anm.: Anders auch Wasewitz, hier, Heft 21, S. 321.

Verteilung der Kassenbeiträge bei mehreren gleichzeitigen Beschäftigungsverhältnissen.

Entscheid. des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 24. Mai 1922 (Tgb. 9767/22).

Die Antragstellerin zu 1 (Landesversicherungsanstalt als Arbeitgeberin) gibt an: Die bei ihr nur an den Wochentagen tätige Reinemachefrau Marie L. habe nebenher noch eine andere Beschäftigungsstelle bei der Firma K., wo sie auch Sonntags arbeite. Die Antragsgegnerin (Ortskrankenkasse) habe den unter Zugrundelegung des Gesamtlohnes zu entrichtenden Monatsbeitrag von 113,40 Mk. verteilt und sie dabei für Januar 1922 mit 108,55 Mk. und vom 1. Februar 1922 mit 107,66 Mk. belastet. Berücksichtige man allein den von der Antragstellerin zu 1 an Frau L. nur für die Wochentage gezahlten Lohn, so würde sich ein Monatbeitrag von 105 Mk. ergeben. Hierüber hinaus könne sie (Antragstellerin zu 1) bei der Verteilung nicht belastet werden. Die zweite Arbeitgeberin würde, wenn Frau L. nur bei ihr beschäftigt wäre, einen Monatsbeitrag von 12,60 Mk. zu entrichten haben. Nach der von der Kasse vorgenommenen Verteilung werde aber von dieser ein geringerer Beitrag erhoben.

Die Kasse führt demgegenüber aus, daß für die Beurteilung des Versicherungsverhältnisses sämtliche Arbeitsverhältnisse einheitlich zu Grunde zu legen seien. Hiernach seien die Sonntage für Frau L. Arbeitstage. Diese habe demgemäß auch für die Sonntage Anspruch auf Krankengeld, das nicht anders bemessen werden könne, wie für die Wochentage. Daraus folge, daß auch für die Sonntage dieselben Beiträge wie für die Wochentage zu erheben seien. Für eine Verteilung könne nur das Gesamtentgelt maßgebend sein. Die Arbeitszeit müsse außer Betracht bleiben. Frau L. erhalte von der Antragstellerin zu 1) seit dem 1. 1. 1922 monatlich 1 494,60 Mk. bei sechstägiger Beschäftigung in der Woche und von der Grundstücksgesellschaft Korall monatlich 25 Mk. neben freier Wohnung und bei siebentägiger Beschäftigung in der Woche. Hiernach sei der Beitragsberechnung vom 1. 1. 22 ab ein Gesamtentgelt von monatlich 1 557,10 Mk. und vom 1. 2. 22. ab ein solches von 1 575,85 Mk. zu Grunde zu legen. Der Gesamtmonatsbeitrag von 113,40 Mk. sei also wie folgt zu verteilen: Auf die Antragstellerin zu 1) entfalle vom 1. 1. 1922 ab monatlich ein anteiliger Beitrag von 108,25 Mk. und vom 1. 2. 22 ab 107,60 Mk. Auf die Antragstellerin zu 2) entfalle vom 1. 1. 1922 ab ein anteiliger Beitrag von 4,55 Mk. und vom 1. 2. 1922 ab 5,80 Mk. Außerdem weise sie darauf hin, daß die Antragstellerin zu 1) gesetzlich als Gesamtschuldnerin für die vollen Beiträge hafte.

Das erkennende Versicherungsamt tritt zunächst den Ausführungen der Antragsgegnerin darin bei, daß bei mehreren gleichzeitig nebeneinander hergehenden Arbeitsverhältnissen diese zu einem einheitlichen Versicherungsverhältnis zusammenzufassen sind und zwar sowohl hinsichtlich des zu erhebenden Gesamtbeitrags als auch hinsichtlich der zu gewährenden Leistungen. Im vorliegenden Falle besteht über die Höhe des von beiden Arbeitgebern zusammen zu entrichtenden Gesamtmonatsbeitrages von 113,40 Mk. kein Streit. Was die Verteilung betrifft, so hat sich das erkennende Versicherungsamt den von der Antragstellerin zu 1) angeführten Gründen nicht verschließen können. Es ist unter Abweichung von dem bisher üblichen Verfahren zu einer anderen Verteilung gelangt, wobei es von folgenden Erwägungen ausgegangen ist: Es ist zunächst festzustellen, welche Beiträge auf jeden einzelnen der Arbeitgeber entfallen würden, wenn jedes Arbeitsverhältnis allein bestehen würde.

Auf die Antragstellerin zu 1) würden hiernach monatlich 105 Mk. und auf die Antragstellerin zu 2) monatlich 12,60 Mk. entfallen, zusammen 117,60 Mk. Da aber die Antragsgegnerin tatsächlich nur 113,40 Mk. beansprucht, so ergibt sich aus dem Zusammentreffen beider Arbeitsverhältnisse eine Herabsetzung der ursprünglichen Beitragsverpflichtungen um zusammen 4,20 Mk. Verteilt man diesen, beiden Arbeitgebern anteilig gutzuschreibenden Betrag im Verhältnis ihrer ursprünglichen Verpflichtungen, so sind die Beiträge der Antragstellerin zu 1) von 105 Mk. monatlich um 3,75 Mk., also auf 101,25 Mk. und die Beiträge der Antragstellerin zu 2) von 12,60 Mk. um 0,45 Mk., also auf 12,15 Mk., zusammen auf 113,40 Mk. herabzusetzen.

Das erkennende Versicherungsamt vertritt den Standpunkt, daß diese Verteilung nicht im Widerspruch steht zu der grundsätzlichen Annahme, daß beide Arbeitsverhältnisse ein einheitliches Versicherungsverhältnis darstellen.

Darf die Krankenkasse noch Leistungen gewähren, nachdem die Berufsgenossenschaft die Entschädigung des Verletzten übernommen hat?

Urteil des Oberversicherungsamts Wiesbaden vom 26. Mai 1922 (20. K. 22.)

Für die Rechtsausführungen der Berufungsschrift, daß eine Krankenkasse nicht berechtigt sei, einer bei ihr versicherten Person wegen einer durch einen Betriebsunfall, dessen Entschädigung eine Berufsgenossenschaft bereits übernommen habe, bedingten Erkrankung Krankenfürsorge zu gewähren, daß mithin eine solche Gewährung eine unzuständige Einmischung in die Angelegenheit eines anderen Versicherungsträgers darstelle, bietet das Gesetz, wie sich aus den überall zutreffenden Ausführungen des angefochtenen Urteils ergibt, keinen Anhalt. Aber vom Standpunkte des praktischen Bedürfnisses erscheint der Standpunkt der Berufungsklägerin (Berufsgenossenschaft) nicht gerechtfertigt, da

die in manchen Fällen schwerere Erreichbarkeit berufsgenossenschaftlicher Stellen im Vergleich zu derjenigen der zuständigen Krankenkasse Verzögerung der Gewährung der Krankenfürsorge und dementsprechend Schädigungen der Versicherten herbeizuführen geeignet ist. Allerdings kann nicht verkannt werden, daß bei dem hier vertretenen Rechtsstandpunkt den Krankenkassen die Möglichkeit tatsächlich unbegründeter, mißbräuchlicher und für die Berufsgenossenschaft schwer erträglicher Einmischungen geboten wird. Wo solche Uebergriffe — dafür, daß es sich vorliegend um einen solchen handelt, fehlt jeder Anhalt — vorkommen, wird ihnen nötigenfalls im Wege der Dienstaufsicht zu begegnen sein.

C. Zur Militärversorgung.

Rechtsmitteleinlegung durch Einsendung der Vollmacht. — Keine Dienstbeschädigung nach Ueberlaufen zum Feinde; Amnestie in solchem Falle ohne Bedeutung.

Rek. Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 21. Dezember 1921 (Bd. 2 S. 141).

Der Rekurs ist durch die Einsendung der von den Klägern ausgestellten Vollmacht, die beim Reichsversorgungsgericht innerhalb der Rekursfrist eingegangen ist, rechtswirksam eingelegt. Das Reichsversorgungsgericht hat bereits früher in einer grundsätzlichen Entscheidung (zu vergl. Entsch. Bd. 1 S. 226 Nr. 103) ausgesprochen, daß für die Beurteilung eines Schriftstücks als Rechtsmitteleinlegung der Wille entscheidend ist, der in ihm zum Ausdruck kommt und daß der Wille, ein Rechtsmittel einzulegen, zu unterstellen ist, wenn sich die Unzufriedenheit mit einer Entscheidung aus dem Schriftstück ergibt, daß jedoch dieser Wille dann nicht angenommen werden kann, wenn aus dem sonstigen Inhalt des Schriftstücks ersichtlich ist, daß die Einlegung des Rechtsmittels erst zu einer späteren Zeit erfolgen soll. Die dem Reichsversorgungsgericht im vorliegenden Fall eingereichte Vollmacht bringt unzweideutig die Unzufriedenheit mit der angefochtenen Entscheidung zum Ausdruck. Ihre Einsendung an das Rekursgericht durch den Bevollmächtigten verfolgte offenbar keinen anderen Zweck, als das Rekursverfahren entsprechend dem Auftrage der Vollmachtgeberin einzuleiten. Da sie innerhalb der Rekursfrist beim Reichsversorgungsgericht eingegangen ist, ist die Rekurseinlegung rechtzeitig erfolgt.

Der Rekurs ist jedoch sachlich unbegründet. Der Senat hat nach eingehender Prüfung die Ueberzeugung gewonnen, daß der Verstorbene in der Nacht vom 6. zum 7. November 1917 zum Feinde übergelaufen ist. Daß der Verstorbene sich in russischer Gefangenschaft befunden hat und dort Anfang Dezember 1917 von der Zivilbevölkerung erschlagen wurde, ist durch die Niederschrift des Lagerkommandanten der reichsdeutschen Kriegsgefangenen in Kasan vom 28. Mai 1918 als erwiesen anzusehen . . . . Durch das Ueberlaufen zum Feinde hat er aber die Zugehörigkeit zum deutschen Heere eigenmächtig gelöst, er gehörte demnach, als er von der Zivilbevölkerung erschlagen wurde, nicht mehr dem deutschen Heere an. Infolgedessen kann sein Tod nicht als auf einer Dienstbeschädigung beruhend angesehen und den Hinterbliebenen eine Versorgung nicht zugesprochen werden. Denn nach dem Militärhinterbliebenengesetz ist Voraussetzung der Versorgung, daß der Verstorbene an den Folgen einer während der Zugehörigkeit zum deutschen Heere erlittenen Dienstbeschädigung gestorben ist. Hieran kann die Tatsache nichts ändern, daß der Verstorbene als Ueberläufer nach Völkerrecht noch als zum deutschen Heere gehörig zu betrachten und als Kriegsgefangener zu behandeln war. Er gehörte zwar nach den Grundsätzen des Völkerrechts, aber nicht im Sinne der Versorgungsgesetze dem deutschen Heere an. Daß der Verstorbene unter die später den Ueberläufern erteilte Amnestie fällt, ist ohne Belang. Denn die Amnestie beseitigte die strafrechtlichen Folgen der Tat, konnte aber die durch das Ueberlaufen gelöste Zugehörigkeit zum deutschen Heere nicht wieder herstellen.

Ein Bescheid des Fiskus, der lediglich eine frühere Entscheidung wiederholt, ist kein Feststellungsbescheid. – Verurteilung des Fiskus auf Grund seines Anerkenntnisses.

Rek. Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 21. Dezember 1921 (Entsch. 2 S. 138).

Die Berufung der Kläger richtet sich sowohl gegen den Bescheid des Chefs der Admiralität vom 8. Juni 1919 als auch gegen den vom 19. Februar 1920. In der Nichtausfüllung der die Kriegsversorgung betreffenden Spalten in dem Formular des ersteren Bescheides kann nur die Erklärung erblickt werden, daß die Gewährung von Kriegsversorgung abgelehnt werde. Die dagegen eingelegte Berufung der Kläger, die Verurteilung des Beklagten zur Zahlung der Kriegsversorgung begehrt, ist daher zulässig. Der Bescheid vom 19. Februar 1920, der keine neue Entscheidung enthält, sondern nur die bereits in dem ersten Bescheide enthaltene Ablehnung der Kriegsversorgung wiederholt, kann dagegen, obgleich er in der Form eines Feststellungsbescheides ergangen ist, insbesondere die Berufungsklausel enthält, nicht die Wirkung eines Feststellungsbescheides im Sinne des § 31 des MVG. beanspruchen. Denn der Fiskus hatte nicht das Recht, durch Wiederholung seines früheren Bescheides in das schwebende Berufungsverfahren einzugreifen und dadurch, daß er dem neuen Bescheide mangels rechtzeitiger Berufungseinlegung Rechtskraftwirkung beimessen wollte, die Kläger um die Wirkung der von ihnen gegen den ersten Bescheid eingelegten Berufung

zu bringen. Der Bescheid vom 19. Februar 1920 enthielt daher zu Unrecht die Berufungsklausel. Obgleich sonach diesem Bescheide Rechtskraftwirkung nicht zuerkannt werden kann, und den Klägern kein Nachteil entstanden wäre, wenn sie dagegen keine Berufung eingelegt hätten, muß doch die von ihnen auch gegen den zweiten Bescheid eingelegte Berufung als zulässig angesehen werden. Denn es muß ihnen das Recht zuerkannt werden, diesen zu Unrecht in den Formen eines Feststellungsbescheides ergangenen Bescheid auch formell durch einen richterlichen Ausspruch aus der Welt zu schaffen. Das Berufungsgericht hätte daher zweckmäßig auch über die gegen den Bescheid vom 19. Februar 1920 eingelegte Berufung eine Entscheidung treffen müssen. Unzutreffend ist die in der Rekursbegründung vertretene Ansicht, daß der Bescheid vom 19. Februar 1920 nicht mehr aufgehoben werden könne, da er bereits infolge des die Kriegsversorgung zusprechenden Bescheides vom 27. August 1920 außer Kraft getreten sei. Davon könnte nur die Rede sein, wenn der Fiskus durch einen neuen Feststellungsbescheid mit Rechtskraftwirkung gegen sich den Anspruch der Kläger auf Kriegsversorgung anerkannt hätte. Das ist aber nicht der Fall; denn ein diesen Anspruch anerkennender Feststellungsbescheid im Sinne des § 31 des MVG., § 28 Abs. 3 des MHG. ist nicht ergangen. Als ein solcher Feststellungsbescheid kann weder das Schreiben des Chefs der Admiralität vom 22. Mai 1920 an das Militärversorgungsgericht, noch die Verfügung des Chefs der Admiralität vom 17. August 1920, durch die nachträglich die Zahlung des Kriegswitwen- und waisengeldes angewiesen wurden, angesehen werden.

Zu Unrecht bemängelt weiterhin die Rekursbegründung die in dem Urteil des Militärversorgungsgerichts ausgesprochene Verurteilung des Beklagten als unzulässig. Es mag hier dahingestellt bleiben, ob eine Verurteilung auch dann noch hätte erfolgen dürfen, wenn der Beklagte durch einen neuen Feststellungsbescheid gemäß § 31 Abs. 6 des MVG. und § 28 Abs. 3 des MHG. zugunsten der Kläger deren Anspruch auf Kriegsversorgung mit Rechtskraftwirkung anerkannt hätte. Dies ist, wie ausgeführt, nicht geschehen. Das bloße Anerkenntnis des Anspruchs auf Kriegsversorgung aber, wie es der Fiskus in dem Schreiben vom 22. Mai 1920 und in der Anweisung vom 17. August 1920 ausgesprochen hat, läßt auf jeden Fall Raum für eine Verurteilung des Fiskus; denn erst hierdurch kann die Zahlungsverpflichtung des Fiskus mit Rechtskraftwirkung festgestellt werden. Daher erscheint auch das an die Kläger gestellte Verlangen des Beklagten, die Berufung zurückzunehmen, unbegründet; denn die Kläger brauchten auf die rechtskräftige Feststellung der Zahlungsverpflichtung des Beklagten nicht zu verzichten. Ueberdies hätten die Kläger auch im Falle der Zurücknahme der Berufung nicht die Verurteilung des Beklagten zur Erstattung der ihnen entstandenen Kosten beanspruchen können; denn § 17 Abs. 2 der Verordnung vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149) läßt nur die Entscheidung über die Kosten des Gegners der das Rechtsmittel zurücknehmenden Partei zu, nicht aber umgekehrt die Feststellung der Verpflichtung des Gegners zur Erstattung der Kosten der das Rechtsmittel zurücknehmenden Partei.

Die Verurteilung des Beklagten war aber nicht nur trotz seines Anerkenntnisses zulässig, sondern *mußte gerade auf Grund dieses Anerkenntnisses erfolgen.* Nachdem der Beklagte das Anerkenntnis abgegeben hatte, bestand zwischen den Parteien insoweit kein Streit mehr über den Anspruch der Kläger. Das Gericht war damit einer sachlichen Prüfung, ob der Anspruch begründet ist, enthoben; es hatte vielmehr seinem Urteil das Anerkenntnis des Beklagten, das dieser gegen sich gelten lassen muß (zu vergl. grundsätzl. Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 19. Mai 1921, Bd. 2 S. 59 Nr. 19) zugrunde zu legen.

Sprechsaal.

Muß der Grundlohn als Grundlage für Ersatz- und Erstattungsleistungen (§ 222 RVO.) dienen?

Es ist erstaunlich, wie sich manchmal Bestimmungen halten können, deren Fehlerhaftigkeit allgemein anerkannt wird. Der Bruch mit Altem, Uebernommenem will sich oft schwer vollziehen; lieber flickt man hier und dort, bis sich herausstellt, daß die Sache durch das Einsetzen neuer Stücke weder schöner noch brauchbarer geworden ist. Eine solche Bestimmung ist § 222 Satz 2: „Dabei gelten $^3/_8$ des Grundlohns als Ersatz der Kosten für die Krankenpflege."

Uebernommen ist die Bestimmung aus § 57a Abs. 4 des alten Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883, der lautet: „Für die Erstattung der Kosten gilt in diesen Fällen als Ersatz der im § 6 Abs. 1 Ziffer 1 berechneten Leistungen die Hälfte des Krankengeldes." (§ 6 Absatz 1 Ziffer 1 entspricht im wesentlichen dem § 182 RVO.) Die Fassung des § 57a Absatz 4 Kr.-Vers.-Ges. bewährte sich aber nicht, und es wurde ein Zusatz durch die Novelle vom 25. Mai 1903 folgenden Wortlauts gemacht: „sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden." Auch mit dieser Erweiterung kam man nicht viel weiter, die Schwierigkeiten mehrten sich, sodaß mit Einführung der RVO. der Zusatz wieder beseitigt wurde, aber statt der bisherigen Hälfte des Krankengeldes ($^2/_8$ des Grundlohns) die Entschädigungen auf $^3/_8$ des Grundlohns festgesetzt wurden.

Der leitende Gedanke des § 222 RVO. war wohl damals, daß durch die RVO. ein innerer Zusammenschluß der Kassen erfolgen sollte. Ein Gemeinsamkeitsgedanke, der die einzelnen Kassen gleichsam als Filialen, Zahlstellen der ganzen Krankenversicherung angesehen wissen wollte, sollte die Krankenkassen erfüllen und vor ängstlicher Wahrung der eigenen Interessen abhalten. Dieser Gedanke ist von Anfang an nicht zur Durchführung gelangt, die alte Uebung war zu stark eingefressen, und dann bestanden auch noch zuviel der einzelnen Gebilde, neben der Allgemeinen Ortskrankenkasse

noch die besonderen Ortskrankenkassen, die Betriebs- und die Innungskrankenkasse und die Landkrankenkassen, zum Teil auf ganz verschiedenen Unterlagen aufgebaut. Dazu noch die Ersatzkassen — die zwar nicht unter die Bestimmungen der §§ 219—222 fallen — geben ein Bild der Zerrissenheit und nicht ein festes Gefüge, zum wenigsten eine Einheitlichkeit wie bei den anderen Versicherungsträgern.

Während des Krieges gab es anderes zu tun und wurden Abänderungen nicht versucht. Aber bald nachher schlossen der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, der Verband der Betriebskrankenkassen, der Gesamtverband deutscher Krankenkassen, der Verband deutscher Innungskrankenkassen, der Verband der Landkrankenkassen unter Mitwirkung des Reichsversicherungsamts Vereinbarungen zur Durchführung der §§ 219, 220, 222 RVO. ab. Leider ist das, was man so schön und gut ausgedacht hat, nicht in Erfüllung gegangen. Allerlei Zufälle hinderten daran, nicht zum Geringsten das fortlaufende Sinken der deutschen Mark und auch wohl der Umstand, daß man sich nicht vollständig freimachen konnte von der Bestimmung des § 222 Satz 2. Der sehr zu billigende Grundgedanke war, jede Kasse sollte der andern die tatsächlichen Selbstkosten erstatten, keine verdienen noch zusetzen.

Warum ist dieser Grundsatz nicht zur Durchführung gekommen? Zunächst, weil es äußerst schwer ist, festzustellen, was die Selbstkosten sind. Die meisten Kassen hatten mit den Aerzten Pauschale vereinbart per Kopf und Mitglied, sodaß die Aerzte auch für nicht erkrankte Mitglieder bezahlt erhielten. Diese Pauschale auf die zur Fürsorge überwiesenen Mitglieder der andern Kasse zu übertragen, schien nicht ganz gerechtfertigt. Abgesehen davon, daß doch diese alle die Aerzte in Anspruch nehmen, gab es wieder Kassen, die die Aerzte nach Einzelleistungen bezahlten, die dann bedeutend höhere Beträge ansetzen konnten. Sollten aber die durch die Statistik festgestellten Durchschnittskosten für jeden einzelnen Kranken zur Anwendung kommen, so ergaben sich neue Schwierigkeiten, da die statistischen Grundlagen bei der Aufstellung der Rechnung schon lange überholt waren, denn die Arztkosten änderten sich doch ständig, ebenso schwankten die Erkrankungsziffern außerordentlich von Vierteljahr zu Vierteljahr. Noch schlimmer war es für große Kassen, die Arzneikosten festzustellen; schon aus welchen Apotheken die Entnahme stattgefunden, war nicht so einfach zu ermitteln. Ein Zwang, den Kranken zu veranlassen, alle Arzneien nur aus e i n e r Apotheke zu holen, ließ sich nicht gut durchführen; außerdem kommen die Erkrankten, die die Veranlassung nicht kennen, zu der Auffassung, es soll eine besondere Kontrolle über den Verbrauch der Medikamente ausgeübt werden, was sie erst recht dazu anreizt, die Medizin aus mehreren Apotheken zu entnehmen.

Die Feststellung der Selbstkosten verursacht auch den einzelnen Kassen nicht unerhebliche Mehrarbeit, die den Vorteil auf der einen Seite durch den Nachteil auf der andern Seite mehr als ausgleichen. Es bestehen daher heut ganz unleidliche Zustände bezüglich der Ueberweisungen:

1. Kassen mit niedrigem Grundlohn überweisen auf Grund der Bestimmungen der §§ 219—222 RVO.

2. Kassen mit hohem Grundlohn treten den Vereinbarungen bei, überweisen nach diesen und belasten die fürsorgende Kasse ganz außerordentlich.

3. Kassen mit stark differenzierten Grundlöhnen (dies sind die meisten Ortskrankenkassen) überweisen vielfach überhaupt nicht mehr; ebenso überweisen auch die unter 2 genannten Kassen nicht an Kassen, die den Vereinbarungen nicht beigetreten sind, sondern üben dann selbst die Fürsorge aus.

Von den Kassen mit verschiedenen Grundlöhnen halten es manche moralisch nicht für zulässig, je nach ihrem Vorteil zu überweisen, bald die Erkrankten in eigener Fürsorge zu behalten. Was ist die Folge? Die Kranken unterstehen keiner Kontrolle an dem andern Ort, und so werden Unsummen von Krankengeldern ausgezahlt, die bei Ueberweisungen gespart werden könnten. Und die Arztkosten, die die Krankenkassen dabei besonders bezahlen müssen, gehen in di Millionen, es könnten dafür mehrere große Erholungsheime mit vielen Betten gebaut und erhalten werden. Die Aerzte anderseits ziehen die Beträge, die ihnen auf diese Weise durch die Krankenkassen zufließen überhaupt nicht in Betracht.

Hier kann und muß, und zwar bald, Abänderung eintreten, die Finanzlage der Kassen gestattet es nicht, zwecklos Unsummen hinauszuwerfen. Jede Kasse sucht durch die vorstehend bezeichneten Verfahren ihren Vorteil, was man auch verständlich finden kann, die Folge ist aber der Schaden aller. Was ist dagegen zu tun?

1. Zwang muß eintreten, zuerst Zwang jedes Erkrankten zur Ueberweisung.

2. Von den Hauptvorständen ist in bestimmten Zwischenräumen — die sich bei dem Schwanken der Valuta vorläufig nicht genau festlegen lassen — ein festbestimmter Satz für jeden Tag der Fürsorge festzusetzen, ganz gleichgültig, nach welchem Grundlohn der Erkrankte versichert ist, da die Kosten des Arztes und der Medikamente sich nicht nach dem Einkommen richten. Dieser Satz kann natürlich auch in einem allgemein gültigen Normalgrundlohn festgelegt werden, der dann als Unterlage dienen muß.

3. Es muß bestimmt werden, welche Leistungen außer dem festbestimmten Satz als besonders zu bezahlende Nebenkosten anzusehen sind oder nicht, Bestrahlungen, Bäder usw.

4. Bei Krankenhaus-Ueberweisungen soll die die Fürsorge übernehmende Kasse für die Zeit des Aufenthalts im Krankenhause als mit der Verauslagung der Kosten beauftragt gelten und ihre wirklichen Auslagen erstattet erhalten.

Dies wären die grundlegenden Bestimmungen, die natürlich noch durch andere erweitert werden können und sollen, wie z. B. die Frage der Kosten der Nachuntersuchungen usw. Es ist wirklich dringend notwendig, hier bald einzugreifen.

Paul Dittrich in Breslau.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Wirkung der Arbeitsunfähigkeit auf die Finanzlage der Krankenkassen.

Hierüber bringt W. Detlessen im Heft 25 der „Hamburger Wochenschrift für Aerzte, Zahnärzte und Krankenkassen“ (v. 18. 6. 22) auf Grund des Jahresberichtes der Allgemeinen Ortskrankenkasse folgende Berechnung:

Im Jahre 1921 hatte die Krankenkasse durchschnittlich 300 666 Mitglieder. Sie vereinnahmte von diesen Mitgliedern für das Jahr 1921 Mk. 139 885 786,30 an Beiträgen, also durchschnittlich pro Mitglied Mk. 465,25. Diese Beitragssumme ging ein bei einem Beitragssatz von 8% bis zum 27. November 1921, und 10% ab 28. November 1921 bis zum Schluß des Jahres.

Der durchschnittliche Beitragssatz war also 8,166 %. Erhoben wird Beitrag für 6 Tage der Woche, also für 312 Tage im Jahr.

Beitragsfrei sind die mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Tage, also lt. Bericht

Krankengeldtage	3 509 037
Krankenhaustage	825 638
Genesungsheimtage	84 500
Heilstättentage	80 620
zusammen	4 499 795 Tage.

Rechnet man davon jeden siebenten Tag als an und für sich beitragsfreien Sonntag ab, so verbleiben noch 3 856 967 Arbeitsunfähigkeitstage mit Beitragsausfall. Beitrag wurde erhoben für
300 666 mal 312 = 93 807 792 Tage.
./. 3 856 967 durch Arbeitsunfähigkeit beitragsfreie Tage. Es verbleiben 89 950 825 Beitragstage für Mk. 139 885 786,30 Beitrag.

Für den Tag wurden also durchschnittlich Mk. 1,555 als Beitrag gezahlt. Diese entsprechen einem durchschnittlichen versicherten Verdienst von Mk. 19.— pro Arbeitstag. Ohne Zweifel ist das nicht der wirkliche durchschnittliche Verdienst innerhalb der Grundlohngrenze, denn es ist zu beachten, daß die Kasse die Beiträge für volle Wochen und bis zur Abmeldung erhebt, also noch eine höhere Beitragseinnahme hat, als sich aus den angemeldeten Verdienstsummen ergibt. Dennoch ergeben sich nur Mk. 19.—. Man muß also annehmen, daß der Kasse viel versicherungspflichtiger Verdienst für die Beitragsberechnung vorenthalten wird und zwar durch absichtlich oder unabsichtlich unterlassene Ummeldungen, die ja in der wirtschaftlich bewegten Zeit öfter als früher nötig werden. **Die durch Arbeitsunfähigkeit beitragsfreien Tage bedingten für die Kasse einen Ausfall von Mk. 5 997 583,68 Beitrag. Auf einen Versicherten entfielen also anstatt 312 Beitragstage nur durchschnittlich 299 Tage.**

Für die eingangs genannten beitragsfreien 4 499 795 Tage hatte die Kasse aber die Lasten Krankengeld, Krankenhauskosten, Heimkosten und Heilstättenkosten, dazu Hausgeld etc. zu zahlen. Setzt man diese Kosten mit

Krankengeld	Mk. 49 756 516,62
Krankenhaus	„ 27 408 833,20
Hausgeld	„ 1 494 304,04
Wöchnerinnenheim	„ 536 737,03
zusammen	Mk. 79 196 390,89

ein, so ergibt sich, daß der Arbeitsunfähigkeitstag die Kasse durchschnittlich mit Mk. 18.—, Arzneikosten noch nicht eingerechnet, belastet. Auf die 3 509 037 Krankengeldtage entfällt durchschnittlich ein Krankengeld von Mk. 14,17. Die Kasse zahlt 60 bezw. 70 % des Grundlohns als Krankengeld.

Würden sich die Krankengeldtage auf alle Grundlohnklassen gleichmäßig verteilen, so könnte der durchschnittliche Krankengeldbetrag pro Tag, selbst wenn ausnahmslos 70 % des Grundlohns gezahlt würden, nur Mk. 13,30 betragen. Die Erkrankungen müssen also hauptsächlich oberhalb des Grundlohndurchschnitts liegen. In den höchsten Klassen ist fraglos Gesundheitssimulation anzutreffen, da das Krankengeld nicht ausreicht zum Kranksein, folglich sind es die mittleren Klassen.

Auf Seite 63 des Berichts wird nun nachgewiesen, daß hauptsächlich die weiblichen Mitglieder — wohl meistens in den mittleren Grundlohnklassen versichert — die Kasse außergewöhnlich stark belasten. Krankengeld und Krankenhauskosten sind die wohl stärksten Ausgabeposten. Auf 825 638 Krankenhaustage kamen Mk. 27 408 833,20 Kosten, also pro Tag rund Mk. 33,20.

Im laufenden Jahre hat die Kasse zwecks Eindämmung unberechtigten Krankengeldbezuges sogenannte **Bezirksuntersuchungen** eingeführt, die ergeben haben, daß 40 % der untersuchten Arbeitsunfähigen arbeitsfähig waren. Schon die von der Kasse erfolgte Bekanntmachung, daß diese Untersuchungen eingeführt würden, hat viele Versicherten zu dem Ersuchen auf Gesundschreibung an den behandelnden Arzt getrieben. Man greift sicher zu niedrig, wenn man sagt, daß 15 % der Krankengeldtage überflüssig, d. h. objektiv nicht nötig waren. 15 % von 3 509 037 sind 526 355 Tage. Hiervon brachten 451 162 Tage einen Beitragsausfall von je Mk. 1,55⁵ mindestens, also Mk. 701 556,91
und eine unnötige Krankengeldausgabe
von 526 355 mal 14,17 = Mk. 7 458 444,35
zusammen Mk. 8 160 001,26

Mindestens 8 Millionen kostete also der Kasse erschlichene oder entgegenkommend bewilligte Arbeitsunfähigkeit.

Auch die Krankenhaustage sind zweifellos zu hoch, weil seitens der Krankenhausärzte nicht genügend der Tatsache Rechnung getragen wird, daß die Krankenkassen nur Kostenträger sein sollen bis zu dem Augenblick, wo der Krankenhausaufenthalt vom rein medizinischen Standpunkt aus beurteilt, nicht mehr notwendig ist.

Unkenntnis und Rücksichtnahme auf wirtschaftliche Verhältnisse wie Arbeitslosigkeit etc. steigern die Tageszahl zweifellos. Eine Ausnahme ist das Hafenkrankenhaus.

Nimmt man nur 5 % der Gesamtzahl an, so ergeben sich schon 41 282 Tage.

Hiervon für 35 584 Tage Beitragsausfall ergeben Mk. 55 022,12
und 41 282 mal 33 Mk. Kosten Mk. 1 362 306,00
zusammen Mk. 1 417 328,12

Durch unnötige Arbeitsunfähigkeit (Krankengeldausgabe) und unnötigen Krankenhausaufenthalt hat die Kasse also einen Schaden von mindestens 9,6 Millionen im Jahre 1921 erlitten.

Dazu kommt noch der Ausfall an Arbeitswert für die Volkswirtschaft.

Das ergibt pro Versicherten eine Mehrbelastung mit Beitrag von rund Mk. 32.—. Dies sind 0,54 % Beitrag von dem durchschnittlich versicherten Jahresverdienst von Mk. 5 928,— pro Mitglied.

Forscht man nach den Ursachen des festgestellten Schadens, so taucht die Frage auf: Ist's Sucht der Versicherten nach Krankengeld, oder ist's zu große Willfährigkeit mancher Aerzte in der Zuerkennung von Arbeitsunfähigkeit, oder ist's beides?

Einigkeit besteht darüber, daß beide Ursachen vorliegen. Streit besteht darüber, welche die größere ist.

Ausgehend von der Tatsache, daß jeder Arbeitsunfähigkeit eine Krankmeldung vorausgehen muß, also die erste Veranlassung beim Versicherten liegt, habe ich die Zahl der Krankmeldungen 1921 mit den Krankmeldungen 1920 verglichen und erhalte dabei recht interessante Resultate, die vielleicht Schlußfolgerungen bezüglich der Antwort auf obige Fragen zulassen. Diese Berechnungen können jedoch erst in nächster Nummer Platz finden.

Von der Zunahme des Alkoholmißbrauchs, seinen Gefahren und ihrer Abwehr.

In der Stadt der ehemaligen Meistersinger, Albrecht Dürers und Peter Vischers bestehen nach Mitteilungen des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus (Berlin-Dahlem, Werderstraße 16) 1533 Bierwirtschaften, 49 Weinwirtschaften, 20 Dielen und 82 Cafés (einschl. der Kaffeeschenken). — Nun die Kehrseite der Medaille: Die Fürsorgestelle für Alkoholkranke in Nürnberg wurde im Jahre 1917 noch in Anspruch genommen in nur 20 Fällen. Seit 1918 und 1919 begannen sozusagen die Leitungsröhren der Alkoholversorgung, die

sich während des Krieges zwangsweise mehr und mehr entleert hatten, zunehmend sich wieder zu füllen. Dementsprechend die erschreckend aufsteigende Staffel der Fälle der genannten Art in den Jahren 1918—1922: 76, 105, 220, 442, erstes Vierteljahr 1922 365 (!). In der ersten Starkbierwoche vom 24. bis 31. Dezember 1921 mußten dort 61 betrunkene Personen in polizeilichen Gewahrsam genommen, 73 Betrunkene wegen Vergehungen der verschiedensten Art, worunter 30 Fälle von Körperverletzung und Roheitsvergehen, zur Anzeige gebracht wurden. Vom 12. Januar bis 31. März 1922 war gegen 353 Trinker wegen mannigfaltiger Straftaten Strafanzeige zu erstatten, worunter 72 Fälle von Körperverletzung, 31 von Widerstand gegen die Staatsgewalt, u. a.

In der Bremer Krankenanstalt mußten 1921 95 männliche und 3 weibliche Personen als Alkoholiker aufgenommen werden. Das bedeutet gegenüber dem Vorjahr mit auch schon 60 Aufnahmen wieder eine erhebliche Steigerung, um fast zwei Drittel, gegenüber dem letzten Kriegsjahr 1918 mit 9 Fällen gar eine Erhöhung auf das Elffache. Dabei springt namentlich auch die starke Zunahme der Fälle von Säuferwahn von 2 i. J. 1920 auf 8 i. J. 1921 ins Auge. Die überwiegende Mehrzahl jener Personen stand in den besten Jahren, zwischen 20 und 50, davon 40 zwischen 40 und 50 Jahren. Der sechste Teil der Einlieferungen entfiel bei den Männern auf die Sonntagnacht. — In gleicher Richtung weisen die Zahlen der Bremer Irrenanstalt. Dort bewegten sich die Ziffern der Aufnahmen wegen durch Trunk verursachten Geisteskrankheiten von 1904—10 im ganzen in aufsteigender Linie, um von 1911—14 einigermaßen, von 1915—19 (Kriegszeit mit ihren Alkoholbeschränkungen) beträchtlich abzusinken (36, 16, 10, 5, 5 Fälle). Seitdem zeigt sich wieder ein rasches Ansteigen: 1920 waren es 12 Männer, 1921 schon 23 Männer und 3 Frauen. Hierbei ist, wie von ärztlicher Seite ausdrücklich hervorgehoben wird, zu berücksichtigen, daß die tatsächliche Zunahme des Alkoholmißbrauchs in diesen Zahlen noch nicht zu ihrem vollen Ausdruck kommt, weil die Entwicklung der alkoholischen Geisteskrankheiten längere Zeit in Anspruch nimmt.

Dr. Fl.

Zur Schnapsgefahr äußert sich Professor Dr. Hahn, der Leiter des Hygienischen Instituts der Universität Freiburg im Breisgau, in bemerkenswerter Weise (in einem Artikel „Sozialhygienische Ausblicke in Deutschlands Zukunft" in den „Sozialhygienischen Mitteilungen", 1921, H. 3). In Anknüpfung an die starken Einschränkungen von Herstellung und Verbrauch der geistigen Getränke während der Kriegsjahre und ihre segensreichen Wirkungen sagt er: „Auch diejenigen, die in dieser Frage einen durchaus gemäßigten Standpunkt einnehmen, müssen fordern, daß der Schnapsproduktion nicht wieder durch die Gesetzgebung Vorschub geleistet wird. Vom Wein haben wir wenig mehr zu fürchten, weil der hohe Preis ihn selbst in vielen Weingegenden als Volksgetränk unmöglich gemacht hat. Die Bierproduktion sollte in mäßigen Grenzen gehalten werden . . . Aber eine stärkere Schnapsproduktion müßte gerade jetzt noch verderblicher als früher wirken, weil erfahrungsgemäß der Einfluß des Schnapses bei unterernährten Personen noch ein gefährlicherer ist."

Im Anschluß hieran sei erwähnt, wie in Deutsch-Oesterreich die Gesetzgebung den Kampf gegen die Gefahren des Alkoholismus aufnimmt. Ein am 12. 5. 22 beschlossenes Gesetz („Soziale Praxis" vom 7. 6. 22) bezweckt die Einschränkung der Verabreichung geistiger Getränke an Jugendliche. Demgemäß soll die Verabreichung geistiger Getränke an Personen unter 16 Jahren mit Geld oder mit Arrest bestraft werden. Das Zustandekommen dieses Gesetzes ist dem Umstande zu danken, daß sich in Oesterreich zurzeit eine starke Strömung gegen den Alkoholismus geltend macht, die sogar in der Forderung nach Erlassung eines allgemeinen Alkoholverbotes zum Ausdruck gelangte. Naturgemäß hat dies auch heftige Gegenströmungen hervorgerufen, die um so weniger unterschätzt werden dürfen, als die Weinproduktion in der österreichischen Volkswirtschaft eine nicht unbeträchtliche Rolle spielt. Wenn dessen ungeachtet nunmehr das erwähnte Gesetz, das die Verabreichung geistiger Getränke an Jugendliche unter 16 Jahren unter Strafe stellt, zustandekommen konnte, so ist dies nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß auch in Oesterreich die Anti-Alkohol-Jugendbewegung sich immer machtvoller entwickelt. Diesen Bestrebungen ist es zu danken, daß das Gesetz nicht so sehr den Charakter eines Zwangsmittels an sich trägt, sondern die Erfüllung eines lebhaften Wunsches bedeutet, den die Jugendlichen selbst vielfach geäußert haben. — Der Bekämpfung des Alkoholismus soll überdies noch eine weitere Gesetzesvorlage dienen, welche die Bundesverwaltung kürzlich im Nationalrat eingebracht hat, die aber seitens dieser gesetzgebenden Körperschaft bisher noch nicht erledigt wurde. Demgemäß soll beim Bundesministerium für soziale Verwaltung ein Fachbeirat zur Bekämpfung des Alkoholismus errichtet werden, der die Regierung bei allen einschlägigen Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung durch seinen fachlichen Rat zu unterstützen hat. Auch soll in den Bundesvoranschlag für das Jahr 1922 eine Kreditpost von 50 Millionen Kronen eingestellt werden, die hauptsächlich für Zwecke zu verwenden ist, die der Bekämpfung des Alkoholismus und der Verhütung der Alkoholschäden dienen. Aus diesem Kredite können aber auch die Kosten von Maßnahmen bestritten werden, durch welche trunksüchtige Personen, die wiederholt strafbare Handlungen begangen haben, an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben gewöhnt werden sollen. Die Verwendung dieses Kredites darf nur nach Anhörung des vorerwähnten Fachbeirates erfolgen. Da die Anti-Alkoholbewegung, der auch der österreichische Bundespräsident Dr. Michael Hainisch ein besonders warmes Interesse entgegenbringt, in Oesterreich bereits tiefe Wurzeln geschlagen hat, ist anzunehmen, daß auch dieser zweite Gesetzentwurf bald die Zustimmung des Nationalrates finden wird.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Zum Aufsichtsrecht des Versicherungsamtes.

1. **Nach M.** Antwort: Das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde kann den Nachweis verlangen, daß das Vermögen der Kasse zu den gesetz- und satzungsmäßigen Zwecken verwendet wird. Hierzu gehört auch, daß Grundstücksteile, die im Eigentum der Kasse

stehen und von dieser nicht selbst benutzt werden, anderweitig verwertet werden, z. B. durch Vermieten. Sie dürfen daher nicht anderen Personen dauernd unentgeltlich überlassen werden, namentlich auch nicht Angestellten, denn hierin würde vielleicht eine ungesetzliche Gehaltserhöhung liegen. Darum ist dem Versicherungsamt darzulegen, ob die Räume vermietet sind. Eine reine Zweckmäßigkeitsfrage aber ist es, ob neue Mietsverträge abzuschließen sind oder ob die alten bestehen bleiben sollen; es ist auch keineswegs nötig, daß der Abschluß schriftlich geschieht, denn Mietsverträge können auch sehr wohl durch mündliche Vereinbarung abgeschlossen werden. Zweckmäßigkeitsfragen sind lediglich vom Kassenvorstand zu entscheiden. Darum halten wir das Versicherungsamt nicht für befugt, im Aufsichtswege zu verlangen, daß die Kasse mit bestimmten Mietsparteien neue Verträge abschließe und diese ihm vorlege. (Vergl. Hahn, Handbuch der Kr.-Vers., Anm. 3 zu § 30.) Soweit aber schriftliche Mietsverträge bestehen, kann die Aufsichtsbehörde sie einsehen.

Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne.

2. **Nach Brühl.** Antwort: Sie haben unsere ausführliche Auskunft im Jahrgang 1920 S. 638 Z. 8 übersehen.

Befreiungsanträge von Ersatzkassenmitgliedern (§ 517 RVO.), die durch Erweiterung der Versicherungsgrenze versicherungspflichtig geworden sind.

3. **Nach Halle a. S.** Antwort: Die Vorschrift des § 4 Ges. v. 9. 6. 22 (RGBl. S. 497, ArbVers. S. 310) entspricht älteren Bestimmungen (§ 5 Vrdg. v. 22. 11. 18, § 8 Vrdg. v. 30. 4. 20, § 4 Ges. v. 28. 12. 21) und bezieht sich, wie aus der Fassung all dieser Bestimmungen und aus der in ihnen gleichmäßig enthaltenen Anziehung des § 317 RVO. hervorgeht, nur auf die den Arbeitgebern obliegende Pflicht zur Anmeldung Versicherungspflichtiger. Die hier vorgesehene Erstreckung der Meldefrist ist ohne jede Bedeutung für Anträge aus §§ 517, 519 RVO., welche Ersatzkassenmitglieder stellen müssen, um das Ruhen ihrer Rechte und Pflichten bei der Krankenkasse zu erwirken, der sie infolge der Erweiterung der Versicherungspflichtgrenze auf 72 000 Mk. jetzt wieder angehören. Es ist also irrig, anzunehmen, daß ein bis zum 14. Tage nach dem 7. 7. 22 (dem Tage des Inkrafttretens des Gesetzes) bei der Kasse gestellter Antrag das Ruhen der Rechte und Pflichten mit Rückwirkung auf den 7. 7. 22 zur Folge habe. Sollte die Wirkung am 7. 7. 22 eintreten, so mußte der Antrag spätestens an diesem Tage bei der Kasse eingegangen sein. Einem vorher eingegangenen Antrage wird man diese Wirkung nicht versagen können.

Vernehmung des Arbeitgebers als „Zeugen" über die von ihm gezahlten Löhne?

4. **Nach Bünde.** Frage: Auf Grund des § 115 RVO. haben wir das Amtsgericht ersucht, einzelne Arbeitgeber über die ihren Beschäftigten gezahlten Löhne eidlich zu vernehmen, da wir Lohnänderungen vermuten, Aufklärung hierüber aber trotz schriftlicher Aufforderung zur Lohnangabe nicht erhalten können. Das Amtsgericht weist darauf hin, daß die RVO. keine Bestimmung enthalte, die den Arbeitgeber zwinge, seine Angaben eidlich zu erhärten, auch könne ein Beschuldigter nicht eidlich vernommen werden. Nach den Ausführungen von Hanow, Kommentar zur RVO. § 115 (S. 238) haben die Amtsgerichte dem Ersuchen der Versicherungsträger um eidliche Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen (als solche dürften doch wohl die Arbeitgeber solange anzusehen sein, als noch keine Unterlassung festgestellt ist) zu entsprechen. Wir bitten um Mitteilung, ob in dieser Frage schon Entscheidungen ergangen sind und welche Auffassung dort besteht.

Antwort: Entscheidungen sind uns nicht bekannt. Das hat seinen Grund vermutlich darin, daß bisher die Zumutung noch nicht erhoben worden ist, daß ein Beschuldigter sich als Zeuge über die Beschuldigung solle vernehmen lassen, und sogar eidlich! Wenn dem Ersuchen der Kasse die „Vermutung" zu Grunde liegt, daß der Arbeitgeber Lohnänderungen nicht angemeldet habe, so ist das nichts anderes als eine Beschuldigung (§§ 317, 318, 531 RVO.).

Versicherungsfreiheit einer staatlichen Lehrerin (§ 169 RVO.) schließt Versicherungspflicht wegen Beschäftigung als Hauslehrerin nicht aus.

5. **Nach Bünde.** Antwort: Die Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. erfaßt immer nur das Beschäftigungsverhältnis, daß dieser Vorschrift entspricht. Die Versicherungspflicht auf Grund eines anderen Beschäftigungsverhältnisses wird davon nicht berührt. (Zu vgl. Gründe der Entsch. der RVO. 2552, ArbVers. 1920 S. 170.) Die bis zur Wiederverwendung im Staatsdienst auf Wartegeld gestellte Lehrerin ist daher, auch wenn sie als solche versicherungsfrei ist, wegen der inzwischen aufgenommenen Beschäftigung als Hauslehrerin versicherungspflichtig.

Zur Einwirkung einer Erhöhung der Grundlöhne auf schwebende Fälle.

6. **Nach Bünde.** Frage: Im § 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 9. 6. 22 Erhöhung der Grundlöhne betr. heißt es: „Mitglieder, deren Grundlohn danach die bisher bei der Kasse vorgeschriebene Höchstgrenze übersteigt, haben auf die ihrem neuen Grundlohn entsprechenden höheren Kassenleistungen von dem Tage des Vorstandsbeschlusses ab auch in Versicherungsfällen Anspruch, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits eingetreten sind." Nach diesem Wortlaut wäre die Zahlung von höheren Kassenleistungen nur zulässig, wenn der Kassenvorstand den Höchstgrundlohn auf 60 Mk. bezw. 90 Mk. festgesetzt hat. Bei den vom Kassenausschusse beschlossenen weiteren Erhöhungen des Grundlohns könnten also den beim Inkrafttreten der Satzungsänderung im Genuß von Barleistungen stehenden Versicherten entsprechende höhere Beträge nicht gezahlt werden. Eine solche unterschiedliche Behandlung kann doch wohl nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben, sodaß die eingangs angezogene Bestimmung bei Neufestsetzung des Grundlohns durch den Kassenausschuß sinngemäß anzuwenden ist. Wir erbitten die dortige Ansicht.

Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung und nehmen an, daß nur ein ungenauer Ausdruck vorliegt.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1365 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. September 1922 | Heft 27

Die neuesten Aenderungen des Invalidenversicherungsrechts.

Von Landesrat Seelmann-Eggebert Oldenburg i. O.

Die Gesetzgebung arbeitet auf dem Gebiete des Reichsversicherungsrechts mit Hochdruck. Die Zahl der Abänderungsgesetze schwillt immer mehr an und die Rechtslage wird immer unübersichtlicher. Auch auf dem Gebiete der Invalidenversicherung sind in den letzten Wochen und Monaten wichtige Aenderungen eingetreten, die hier im Zusammenhange dargestellt werden sollen.

1. Invalidenversicherung der Hausgewerbtreibenden.

Durch Gesetz vom 30. 4. 22 (RGBl. S. 465) sind die Hausgewerbtreibenden in die Invalidenversicherung einbezogen worden. Dies ist in der Weise geschehen, daß im § 1226 RVO. hinter Nr. 1 eingefügt worden ist „Hausgewerbtreibende". Daraus ergibt sich, daß die Hausgewerbtreibenden der Versicherungspflicht ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes unterliegen, denn nach § 1226 Abs. 2 gilt die Verdienstgrenze nur für die unter Nr. 2—5 Bezeichneten sowie für Schiffer. Wer als Hausgewerbtreibender anzusehen ist, ergibt sich aus § 162 RVO., der aber durch das neue Gesetz dahin abgeändert ist, daß als Hausgewerbtreibende auch diejenigen gelten, die in gleicher Weise wie die im Abs. 1 Bezeichneten, aber mit der Maßgabe tätig sind, daß sie im Auftrag und für Rechnung öffentlicher Verbände, öffentlicher Körperschaften oder gemeinnütziger Unternehmungen arbeiten.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht aller im § 1226 RVO. bezeichneten Personen war bisher, daß sie gegen Entgelt beschäftigt werden. Diese Voraussetzung trifft für Hausgewerbtreibende nicht zu, denn sie sind selbständige Unternehmer und arbeiten nicht gegen Entgelt, sondern erzielen Verdienst aus ihrem eigenen Betriebe. Deshalb ist § 1226 Abs. 2 dahin abgeändert worden, daß die Voraussetzung der Beschäftigung gegen Entgelt nur noch für die im Abs. 1 unter Nr. 1, 2—6 bezeichneten Personen gilt, also nicht für die unter 1 a bezeichneten Hausgewerbtreibenden. Diese sind also schlechthin versicherungspflichtig, wobei unterstellt wird, daß sie Verdienst aus ihrer Hausgewerbtätigkeit haben. Ein Hausgewerbtreibender, der in einer Woche nicht als Hausgewerbtreibender arbeitet, hört darum nicht auf, Hausgewerbtreibender zu sein (§ 162 Abs. 3 RVO.); er ist also auch in dieser Woche versicherungspflichtig, denn nach dem Gesetz besteht die Versicherungspflicht nicht lediglich dann, wenn jemand als Hausgewerbtreibender tätig ist, sondern schlechthin für die Hausgewerbtreibenden. Wie es mit der Beitragsleistung für solche Zeiten zu halten ist, muß in den Ausführungsbestimmungen vorgeschrieben werden.

Bei vorübergehenden Dienstleistungen gilt § 1232 RVO. auch für die Hausgewerbtreibenden.

Wie die Beitragsleistung für die Hausgewerbtreibenden zu bewirken ist, regelt das Gesetz nicht, sondern schreibt durch Zusätze im § 1436 RVO. folgendes vor:

„Die Versicherungsanstalt regelt mit Zustimmung des Reichsversicherungsamts die Erhebung der Beiträge für die Hausgewerbtreibenden. Sie kann auch bestimmen, inwieweit die Auftraggeber die Pflichten der Arbeitgeber zu erfüllen haben.

Die Regelung einer Versicherungsanstalt für die Hausgewerbtreibenden eines Bezirks gilt auch für die außerhalb dieses Bezirks wohnenden Arbeitgeber und Auftraggeber dieser Hausgewerbtreibenden.

Für die von den Hausgewerbtreibenden Beschäftigten gelten die allgemeinen gesetzlichen Vorschriften."

Als Arbeitgeber der Hausgewerbtreibenden gilt, wie durch Zusätze im § 162 RVO. bestimmt wird, wer die Arbeit unmittelbar an ihn vergibt; als Auftraggeber gilt derjenige, in dessen Auftrag und für dessen Rechnung er hausgewerblich arbeitet.

Hiernach hat die Versicherungsanstalt für die Regelung der Beitragsleistung für die Hausgewerbtreibenden drei Möglichkeiten: sie kann die Beitragsleistung dem Auftraggeber, dem Arbeitgeber und dem Hausgewerbtreibenden selbst auferlegen. Eine allgemeine Regelung dieser Frage erschien nicht angezeigt, da die Verhältnisse des Hausgewerbes sich in den verschiedenen Gegenden gar zu verschieden gestalten. Es darf wohl angenommen werden, daß alle 3 Formen benutzt werden. Die Regelung, die die Versicherungsanstalt trifft, gilt auch für diejenigen Hausgewerbtreibenden, die der Invalidenversicherungspflicht schon bisher unterlagen (Tabak- und Textilindustrie); sie gilt aber nicht für die von dem Hausgewerbtreibenden Beschäftigten, denn für diese gelten nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift die allgemeinen für die Lohnarbeiter getroffenen gesetzlichen Vorschriften.

Durch Zusatz zu § 154 RVO. ist bestimmt worden, daß für Hausgewerbtreibende als Beschäftigungsort ohne Rücksicht auf den Betriebssitz ihrer Arbeitgeber oder Auftraggeber der Ort gilt, an dem sie ihre eigene Betriebsstelle haben. Es sind also stets Marken derjenigen Versicherungsanstalt zu verwenden, in deren Bezirk der Hausgewerbtreibende seinen Betriebssitz hat. Dieser Umstand wird es den Versicherungsanstalten, in deren Bezirk viele Hausgewerbtreibende für Auftraggeber arbeiten, die ihren Betriebssitz im Bezirk einer anderen Versicherungsanstalt haben, erschweren, die Beitragsleistung dem Auftraggeber aufzuerlegen.

Den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser neuen Vorschriften bestimmt der Reichsarbeitsminister. Ursprünglich war der 1. Juli 22 in Aussicht genommen, vielleicht wird das Inkrafttreten bis zum 1. Januar 1923 hinausgeschoben.

Zu beachten ist, daß mit Inkrafttreten der Invalidenversicherung der Hausgewerbtreibenden nach den allgemeinen Uebergangsbestimmungen der Art. 65, 66 Einf.-Ges. RVO. 65jährige Hausgewerbtreibende alsbald Altersrente erhalten können.

2. Invalidenversicherung der Soldaten.

Durch Gesetz vom 31. 5. 22 (RGBl. I S. 542) ist in § 1226 hinter Ia folgende Ziffer Ib eingeschoben „Soldaten nach Antragstellung bei ihrer vorgesetzten Dienstbehörde." Es ist dadurch eine neue eigenartige Klasse von Versicherten geschaffen, deren Versicherungspflicht nicht mit der Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung, sondern erst mit der Antragstellung bei der vorgesetzten Dienststelle eintritt. Nach der Fassung des Gesetzes muß angenommen werden, daß die Versicherungspflicht erst mit dem Tage der Antragstellung beginnt, daß also eine Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen für eine frühere Zeit nicht in Frage kommt. Nach der Antragstellung besteht die Versicherungspflicht in gleicher Weise wie für die übrigen Versicherten, es muß also insbesondere für jede Woche ein Beitrag entrichtet werden, doch besteht eine Eigenart insofern, als die Versicherungspflicht auch besteht, wenn kein

Entgelt gezahlt wird. Wie oben unter 1. dargelegt ist, besteht nach der jetzigen Fassung des § 1226 Abs. 2 RVO. die Voraussetzung der Beschäftigung gegen Entgelt nur noch für die im Abs. 1 unter Nr. 1, 2 bis 6 bezeichneten Personen, nicht aber für die unter 1 a bezeichneten Hausgewerbtreibenden. Diese Regelung war zur Zeit des Erlasses des Hausgewerbeversicherungsgesetzes berechtigt. Die Fassung paßt aber nicht mehr, nachdem hinter 1a noch die weiteren Zahlen 1b und 1c für Soldaten und Schutzpolizeibeamte eingeführt sind. Große praktische Bedeutung hat dies nicht, da es Soldaten, die ohne Entgelt arbeiten, kaum geben wird. Immerhin ist der Grundsatz, daß Invalidenversicherungspflicht nur bei entgeltlicher Beschäftigung besteht, jetzt vom Gesetzgeber grundsätzlich verlassen.

Nach dem gleichen Gesetz werden Soldaten nach der Antragstellung bei ihrer vorgesetzten Dienststelle a n g e s t e l l t e n v e r s i c h e r u n g s p f l i c h t i g. Damit ist also der Kreis der Doppelversicherten, der stark zusammengeschrumpft war, wieder erweitert; vielleicht ist das ein Zeichen dafür, welchen Weg der Gesetzgeber in Zukunft in dieser Frage gehen will.

Wer als Soldat im Sinne des Soldatenversicherungsgesetzes gilt, ist in diesem Gesetz nicht bestimmt. Nach § 1 des Wehrgesetzes vom 23. 3. 21 (RGBl. S. 329) gehören zu den Soldaten die Offiziere aller Gattungen, die Deckoffiziere, Unteroffiziere und Mannschaften der Reichswehr, d. h. des Reichsheeres und der Reichsmarine. Indessen kann für die Offiziere die Versicherungspflicht auch durch die Antragstellung nicht herbeigeführt werden, denn nach §§ 31, 76 des Wehrmachtversorgungsgesetzes vom 4. 8. 21 (RGBl. S. 993) haben die Offiziere Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge, es tritt also Befreiung nach § 1234 RVO. ein. Zwar können nach § 4 des Wehrmachtsversorgungsgesetzes Unteroffiziere und Mannschaften, die nach einer Dienstzeit von 18 Jahren entlassen werden, beantragen, daß sie wie Offiziere versorgt werden, doch ist dies für die Versicherungspflicht ohne Bedeutung, da eine Anwartschaft im Sinne des § 1234 RVO. nicht besteht.

Militärbeamte sind keine Soldaten (§ 1 des Wehrgesetzes vom 23. 3. 21 (RGBl. S. 329).

Nach Art. III des Soldatenversicherungsgesetzes erläßt die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats die Ausführungsbestimmungen. Dabei kann bestimmt werden:

a) daß das Reich nur den höheren Arbeitgeberanteil trägt, wenn der Soldat von beiden Versicherungen (Invaliden- und Angestelltenversicherung) Gebrauch macht,

b) unter welchen Voraussetzungen der Soldat den Antrag zurücknehmen darf.

Solange solche Bestimmungen nicht getroffen sind, ist ein Zurücknehmen des Antrages nicht zulässig. Sollten solche Bestimmungen in Aussicht genommen sein, so darf erwartet werden, daß die Zurücknahme des Antrages nicht lediglich deshalb für zulässig erklärt wird, weil der Soldat die Wartezeit für die Invalidenversicherung erfüllt hat und nun mit dem Mindestmaß von Beiträgen die Anwartschaft aufrecht erhalten will. Es wäre das ein Verfahren, das schon jetzt in gewissen Fällen geübt wird, in denen ein Versicherungsverhältnis künstlich herbeigeführt würde, z. B. unter Verwandten. Die Versicherung geht dann nicht auf Kosten der Lohnarbeiter, die regelmäßig Beiträge leisten.

In § 1269 RVO. ist ferner ein Absatz 2 eingefügt, wonach versicherten Soldaten während ihrer Zugehörigkeit zur Wehrmacht ein Heilverfahren (§§ 1269 bis 1274) von der Versicherungsanstalt nicht gewährt wird. Daher hat die Versicherungsanstalt der Wehrmacht nach Abschluß des Geschäftsjahres (§ 164) für jeden entrichteten Beitrag einen Betrag zu vergüten, den der Reichsarbeitsminister festsetzt. Diese Mittel sind zur Hälfte aufzuwenden, um allge-

meine Maßnahmen zu treffen, die den Eintritt vorzeitiger Invalidität unter den versicherten Soldaten verhüten und ihre und ihrer Angehörigen gesundheitlichen Verhältnisse fördern können, zur anderen Hälfte werden sie den Einnahmen des Reichs wieder zugeführt.

Es handelt sich hier um eine Bestimmung ganz ungewöhnlicher Art, die nicht hätte getroffen werden dürfen. Denn auf das Heilverfahren haben die Versicherten keinen gesetzlichen Anspruch und können daher eine Rückvergütung von Beitragsteilen nicht erwarten, wenn ihnen ein Heilverfahren nicht gewährt wird. Ein Heilverfahren wird überhaupt nur einem kleinen Teile der Versicherten zuteil, ohne daß den übrigen ein Anspruch auf Beitragserstattung eingeräumt ist. Auch für die Soldaten kann die Sache nachteilige Folgen haben, denn wenn ein Soldat bald nach seiner Entlassung aus dem Militärdienst eines Heilverfahrens bedürftig wird, wird ihm ein solches von der Landesversicherungsanstalt kaum gewährt werden können, da ja der für das Heilverfahren bestimmte Teil der Beiträge der Wehrmacht hat erstattet werden müssen. Es kommt hinzu, daß die Erstattung des Beitragsteils viele Verwaltungsarbeit machen wird. Die Einzelheiten werden in den Ausführungsbestimmungen zu regeln sein, insbesondere, wie die Wehrmacht die Beitragsleistung nachzuweisen hat.

3. Angehörige der Schutzpolizei.

Durch Gesetz vom 17. Juli 22 (RGBl. I S. 597) ist im § 1226 RVO. hinter 1b folgende Nr. 1c eingefügt worden: „Angehörige der Schutzpolizei im Sinne des § 1 des Reichsgesetzes über die Schutzpolizei der Länder vom 17. 7. 22 (RGBl. I S. 597), sofern sie bei ihrer vorgesetzten Behörde die Versicherung beantragen." Danach sind die Angehörigen der Schutzpolizei in ähnlicher Weise in die Versicherung einbezogen wie die Soldaten, insbesondere ist Voraussetzung für die Versicherungspflicht die Antragstellung bei der vorgesetzten Behörde, nicht aber eine Beschäftigung gegen Entgelt.

Schutzpolizei in diesem Sinne ist nach § 1 des Schutzpolizeigesetzes die Polizei der Länder, deren Angehörige:

a) in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehen,

b) auf Zeit in der Weise eingestellt sind, daß sie einer ununterbrochenen Dienstzeit von 12 Jahren verpflichtet sind und in der Regel nach Ablauf dieser Zeit ausscheiden.

Hiernach gehören Offiziere der Schutzpolizei nicht hierher, Mannschaften der Schutzpolizei scheiden also mit ihrer Beförderung zum Offizier aus der Versicherungspflicht wieder aus.

Was für die rückliegende Zeit unter Schutzpolizei zu verstehen ist, bestimmen die Länder (§ 15 des Schutzpolizeigesetzes).

Nach § 15 des Schutzpolizeigesetzes treten die Vorschriften über die Versicherung der Angehörigen der Schutzpolizei mit dem Tage der Aufstellung der Schutzpolizei in Kraft; hier kommt also abweichend vom Soldatenversicherungsgesetz Nachentrichtung der Beiträge in Frage. Dabei ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, daß der Antrag auf Versicherungspflicht innerhalb einer bestimmten Frist gestellt sein muß, um die Versicherungspflicht an einem früheren Zeitpunkt beginnen zu lassen. Es wird Aufgabe der Ausführungsbestimmungen sein, diese Verhältnisse zu regeln. Nach § 14 a.a.O. erläßt die Ausführungsbestimmungen der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats. Dabei kann bestimmt werden:

a) daß die Länder nur den höheren Arbeitgeberanteil tragen, wenn der Angehörige der Schutzpolizei von beiden Versicherungen Gebrauch macht,

b) unter welchen Voraussetzungen der Angehörige der Schutzpolizei den Antrag zurücknehmen darf.

Es gilt also hier das gleiche, wie es oben in bezug auf die Soldaten dargelegt ist.

Auch in bezug auf das Heilverfahren gilt das gleiche wie bei den Soldaten; es ist dem § 1269 RVO. ein Abs. 3 angehängt, der dem für die Soldaten geltenden Absatz entspricht. Die Uebereinstimmung geht soweit, daß sogar wie bei den Soldaten bestimmt ist, daß die zweite Hälfte der zurückvergüteten Beträge „den Einnahmen des **Reichs** wieder zuzuführen ist", obwohl hier die Versicherungsbeiträge nicht wie bei den Soldaten vom Reich, sondern von den Ländern bezahlt sind. Das Reich wird sich mit den Ländern darüber auseinandersetzen müssen, wer die Gelder zu bekommen hat, ob das Reich, wie der Gesetzgeber es bestimmt hat, oder die Länder, die die Beiträge entrichtet haben.

4. Zusammentreffen von Renten aus der Invalidenversicherung mit solchen aus der Unfallversicherung.

Durch Gesetz vom 23. 7. 21 (RGBl. S. 984) wurde § 1311 RVO. gestrichen. Ich habe damals in der Arb.-Versorg. 21 S. 506 die Auffassung vertreten, daß mangels einer entsprechenden Vorschrift in dem neuen Gesetz nicht angenommen werden könne, daß in denjenigen Fällen, in denen auf Grund des § 1311 RVO. die Rente ganz oder teilweise rechtskräftig eingestellt sei, ein neuer Bescheid zu erteilen sei, da es nicht zulässig sei, Art. 61, 80 Einf.-Ges. RVO. entsprechend anzuwenden. Die Richtigkeit dieser Auffassung ist nunmehr durch die Gesetzgebung indirekt bestätigt worden.

Durch Art. I Nr. 11 des Gesetzes vom 21. 7. 22 (RGBl. S. 654) sind nämlich jetzt auch § 1522 Abs. 1 Satz 2 und 3, Abs. 2 und 3, ferner § 1523 und § 1524 letzter Satz gestrichen worden; § 1522 RVO. lautet demnach jetzt wie folgt: „Der Antrag einer Invaliden- oder Hinterbliebenenrente festzustellen, kann nicht deshalb abgelehnt werden, weil Invalidität oder Unfall Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist." Invaliden- und Hinterbliebenenrenten sind also nunmehr für die Zukunft in jedem Falle neben den Renten der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren. Und für den Fall des § 1522 RVO. hat der Gesetzgeber in dem Gesetz vom 21. 7. 22 auch Uebergangsbestimmungen erlassen, die im Gesetz vom 23. 7. 21 fehlten. Art. IV des Gesetzes vom 21. 7. 22 bestimmt folgendes: Ansprüche, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieses Gesetzes schwebt, unterliegen dessen Vorschriften. Ihre Nichtanwendung bildet auch dann einen Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte. Sind Ansprüche, die nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes begründet sein würden, ganz oder teilweise abgelehnt worden oder sind Ansprüche auf Grund der aufgehobenen Vorschriften des § 1522 RVO. oder entsprechender Vorschriften früherer Gesetze rechtskräftig festgestellt worden, so hat sie der Versicherungsträger auf Antrag des Berechtigten nach den Vorschriften dieses Gesetzes zu prüfen und über das Ergebnis einen neuen Bescheid zu erteilen.

Die hier in Rede stehenden Vorschriften des Gesetzes vom 21. 7. 22 sind mit Wirkung vom 1. 7. 22 an in Kraft getreten.

Hiernach ist die Rechtslage beim Zusammentreffen von Renten aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung mit solchen aus der Unfallversicherung jetzt folgende:

a) Der Fall des § 1522.

Tritt auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Versicherungsfall frühestens am 1. 7. 22 ein, so ist die Tatsache, daß der Versicherungsfall durch einen entschädigungspflichtigen Betriebsunfall herbeigeführt ist, für die Entscheidung des Trägers der Invalidenversicherung ohne jede Bedeutung. Beide Renten sind voll nebeneinander zu gewähren. Ist der Versicherungsfall vor dem 1. 7. 22 eingetreten, so gelten für die Zeit bis zum 1. 7. 22 die aufgehobenen Vorschriften des § 1522, für die Zeit vom 1. 7. 22 sind beide Renten voll nebeneinander

zu gewähren. Nach dieser Regel ist auch dann zu verfahren, wenn der Fall bereits rechtskräftig entschieden ist; auf Antrag ist dann ein neuer Bescheid zu erteilen, dem das Gesetz vom 1. 7. 22 zugrunde zu legen ist. Soweit die Versicherungsanstalten auf Grund ihrer Register feststellen können, daß Rentenanträge nach § 1522 oder der entsprechenden Vorschriften der früheren Gesetze abgewiesen worden sind, werden sie zweckmäßig die Sachen von Amts wegen wieder aufnehmen.

b) Der Fall des § 1311.

Soweit bei Inkrafttreten des Gesetzes vom 23. 7. 21 (RGBl. S. 984) über den Fall noch nicht rechtskräftig entschieden war, ist die Sache so zu entscheiden, als wenn § 1311 RVO. nie gegolten hätte; die Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind also z. Zt. auch für Zeiten vor Inkrafttreten des Gesetzes vom 23. 7. 21 zu gewähren; zu vergl. RVAmt. 31. 3. 22, M.-Schr. f. A. u. A.-V. 22 Sp. 342. Rechtskräftig gewordene Bescheide und Entscheidungen behalten dagegen ihre Wirksamkeit; die Versicherungsträger sind zur Erteilung eines neuen Bescheides weder verpflichtet noch auch nur berechtigt. Ist aus anderem Anlaß ein neuer Bescheid zu erteilen, z. B. wegen Wegfalls oder Hinzutritt eines Kindes oder wegen anderweiter Feststellung der Unfallentschädigung, so ist bei der Entscheidung des Trägers der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung § 1311 RVO. nicht mehr zu beachten.

6. Die neuen Rentenerhöhungen.

Bisher gab es zwei Arten von Rentenerhöhungen, die beide durch das Gesetz vom 23. 7. 21 (RGBl. S. 984) eingeführt wurden. Zu den Renten, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes festgesetzt waren, wurden neben der Rente besondere Rentenerhöhungen gewährt, die nicht Bestandteile der Rente waren und nicht allen Rentenempfängern zustanden. Bei allen Renten dagegen, die nach Inkrafttreten des genannten Gesetzes festgesetzt wurden, wurden die Rentenerhöhungen, die eine andere Höhe hatten wie jene (nämlich 600 M. bei Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrenten, 300 M. bei Waisenrenten) in die Rente eingerechnet, waren also Bestandteile der Rente geworden und standen allen Rentenempfängern zu.

Durch Gesetz vom 18. 7. 22 (RGBl. S. 649) ist nun eine dritte Art von Rentenerhöhungen geschaffen. Vom 1. 8. 22 an sind nämlich die Renten, die vor diesem Tage festgesetzt sind, bei Empfängern einer Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente um 200 M., bei Empfängern einer Waisenrente um 100 M. monatlich erhöht. Daneben werden die alten Rentenerhöhungen unverändert weiter gezahlt. Diese neuen Rentenerhöhungen sind nicht Bestandteile der Rente, sondern selbständige Leistungen neben diesen, sie stehen aber im Gegensatz zu den alten Rentenerhöhungen unterschiedslos allen Rentenempfängern zu, also z. B. auch den Empfängern einer Versorgungsrente, während die für die alten Rentenerhöhungen geltenden Beschränkungen fortbestehen. Diese neuen Rentenerhöhungen von 200 und 100 M. monatlich werden ohne Anweisung des Versicherungsträgers selbständig von der Post ausgezahlt. Maßgebend für die Post ist das Datum der Zahlungsanweisung; trägt die Zahlungsanweisung ein früheres Datum als 1. 8. 22, so zahlt die Post selbständig 200 M. oder 100 M. monatlich mehr, nicht aber, wenn die Zahlungsanweisung ein späteres Datum trägt. Daraus ergibt sich, daß, wenn eine alte Rente neu angewiesen werden muß, etwa weil ein neuer Vormund bestellt ist, der Versicherungsträger auch die Rentenerhöhung anweisen muß.

Eigenartig liegt die Sache bei Ersatzansprüchen der Armenverbände. Nach § 1536 RVO. können die Armenverbände nur Ersatz aus der Rente beanspruchen. Da die Rentenerhöhungen von 200 M. und 100 M. nicht Bestandteile der Rente sind, können sie als solche vom Armenverbande nicht beansprucht werden. Ist aber die Rente ganz für den Armenverband angewiesen (§§

1536, 1506 Abs. 2 RVO.), so fallen die Rentenerhöhungen, da sie unterschiedslos allen Rentenempfängern gezahlt werden, auch den Armenverbänden zu. Anders liegt die Sache, wenn die Rente nur zum Teil vom Armenverbande, zum Teil aber für den Versicherten selbst angewiesen ist (§§ 1536, 1506 Abs. 1 RVO.). Hier zahlt die Post, da sie die Rentenerhöhungen unterschiedslos allen Empfängern zu zahlen hat, beiden die volle Rentenerhöhung aus, solange sie keine anderweite Anweisung vom Versicherungsträger bekommt. Das ist natürlich ein unrichtiges Ergebnis. Der Versicherungsträger muß daher die Post anweisen, dem Armenverbande die Rentenerhöhung nicht zu zahlen, denn da diese kein Bestandteil der Rente ist, kann sie vom Armenverbande weder ganz noch zum Teil beansprucht werden.

Anders liegt die Sache bei denjenigen Renten, die erst nach dem 1. August bewilligt oder neu festgestellt werden. Hier werden die Rentenerhöhungen in die Rente hineingerechnet; die durch Gesetz vom 23. 7. 21 eingeführten Rentenerhöhungen von 600 Mark und 300 M. sind auf 3000 M. und 1500 M. erhöht. Da hier die Rentenerhöhungen Bestandteile der Rente selbst sind, stehen sie allen Rentenempfängern zu und sind auch dem Armenverbande anteilig zu überweisen, wenn dieser nur einen Teil der Rente in Anspruch nimmt.

7. Die neuen Lohnklassen und Beiträge.

Die neuen Rentenerhöhungen erfordern sehr große Mittel, die auf 6 Milliarden jährlich geschätzt sind. Es ist selbstverständlich, daß diese Kosten aus den bisherigen Einnahmen der Versicherungsträger nicht gedeckt werden können. Der Gesetzgeber hat aber davon abgesehen, die bisherigen Beiträge zu erhöhen. Er führt vielmehr den Versicherungsträgern erhöhte Mittel dadurch zu, daß er auf die bisherigen Lohnklassen neue aufgesetzt hat. Es gelten jetzt folgende Lohnklassen:

Klasse	Jahresarbeitsverdienst	Wochenbeitrag
A	bis zu 1000 Mk.	3,50 Mk.
B	von mehr als 1000 Mk. bis zu 3000 Mk.	4,50 „
C	„ „ „ 3000 Mk. bis zu 5000 Mk.	5,50 „
D	„ „ „ 5000 Mk. bis zu 7000 Mk.	6,50 „
E	„ „ „ 7000 Mk. bis zu 9000 Mk.	7,50 „
F	„ „ „ 9000 Mk. bis zu 12000 Mk.	9,— „
G	„ „ „ 12000 Mk. bis zu 15000 Mk.	10,50 „
H	„ „ „ 15000 Mk. bis zu 18000 Mk.	12,— „
I	„ „ „ 18000 Mk. bis zu 27000 Mk.	18,— „
K	„ „ „ 27000 Mk. bis zu 39000 Mk.	24,— „
L	„ „ „ 39000 Mk. bis zu 54000 Mk.	32,— „
M	„ „ „ 54000 Mk. bis zu 72000 Mk.	42,— „
N	„ „ „ 72000 Mk.	52,— „

Die neuen Lohnklassen I bis N gelten erst vom 1. 10. 22 an, während wie oben dargelegt ist, die neuen Rentenerhöhungen bereits vom 1. 8. 22 an zu zahlen waren. Für die beiden Monate August und September haben die Versicherungsträger keinerlei Mehreinnahmen. Das bedeutet für sie den glatten Verlust von einer Milliarde.

Wie sich die finanziellen Verhältnisse der Versicherungsträger für die Zeit vom 1. 10. 22 an gestalten werden, läßt sich zurzeit mit Sicherheit nicht übersehen, da über die Verteilung der Versicherten auf die Lohnklassen bisher nichts feststeht. Man wird gut daran tun, die Sache recht pessimistisch zu beurteilen. Die neuen Lasten werden ausschließlich von den höher gelohnten Versicherten aufgebracht; gerade diese aber werden bei der großen Arbeitslosigkeit, die kurz über lang doch kommen muß, am ersten und zahlreichsten arbeitslos. Dann haben die Versicherungsträger zwar die neuen großen Lasten, nicht aber die dafür vorgesehenen Mehreinnahmen, und ob den Versicherungsträgern dann noch die erforderliche Hilfe gebracht werden kann, ist doch recht zweifelhaft. Bei der jetzigen Höhe der jährlichen Ausgaben kann der Verbrauch der Rücklagen sehr schnell gehen. Günstig beeinflußt wird die Finanzlage der

Landesversicherungsanstalten vorläufig noch durch die steigenden Löhne, durch die immer mehr Versicherte in die höheren Lohnklassen kommen. Indessen ist die Wirkung hier doch eine unvollständige. Die gewerblichen Arbeiter werden schon jetzt zum weitaus größten Teile in die höchste Lohnklasse kommen, jedenfalls die männlichen. Für die nicht gewerblichen Arbeiter und auch für manche Kreise der gewerblichen, ist aber für die Zuweisung zu den Lohnklassen nicht überall der wirkliche Verdienst maßgebend. Denn für alle unständig Beschäftigten werden die Beiträge nach dem Ortslohn berechnet und bei allen Versicherten, die neben dem Barlohn Sachbezüge erhalten, insbesondere also bei dem gesamten häuslichen und landwirtschaftlichen Gesinde, aber auch bei anderen Personen, wird der Wert der Sachbezüge, d. h. der Hauptteil des Entgelts von den Versicherungsämtern festgesetzt, und es ist bekannt, daß bisher sowohl die Ortslöhne wie auch der Wert der Sachbezüge durchweg zu niedrig festgesetzt sind. Ungünstig wirkt ferner die Tatsache, daß sich das Heer der freiwillig Versicherten mit jährlich 10 Marken der niedrigsten Lohnklasse weiterversichern kann, trotzdem aber an allen Rentenerhöhungen, deren Lasten von anderen aufgebracht werden müssen, teilnimmt.

Die rasch fortschreitende Geldentwertung wird in Kürze eine erneute Aenderung des Gesetzes notwendig machen, und es wird dann Aufgabe der Gesetzgebung sein, die Versicherungsträger so sicher zu stellen, wie dies unter den heutigen Verhältnissen überhaupt möglich ist. Dabei sollte es unter allen Umständen vermieden werden, neue Lasten nur einem Teil der Versicherten aufzuerlegen.

Die Beiträge in den neuen Lohnklassen bedingen auch höhere Renten. Der Steigerungssatz für die Invalidenrenten betrug bisher in den Lohnklassen A bis H 10, 30, 50, 70, 90, 120, 150, 180 Pf.; in den neuen Lohnklassen I bis N beträgt er 270, 390, 540, 720, 900 Pf. Und der Anteil der Versicherungsanstalt an den Altersrenten machte in den bisherigen Lohnklassen A bis H 300, 500, 700, 900, 1100, 1400, 1700, 2000 Mark aus; in den neuen Lohnklassen I bis N beträgt er 2900, 4100, 5600, 7400, 9200 Mark jährlich. Es kommen also auch außer den Rentenerhöhungen ganz stattliche Renten heraus, wenn erst bei Berechnung der Renten die neuen Beiträge zur Geltung kommen.

Die neuen Gesetze zur RVO. und zum Versicherungsgesetz für Angestellte.

Von Dr. Heinz Jaeger, Direktor des städt. Versicherungsamtes in München. (Schluß.)

D. Das Gesetz vom 9. Juni 1922 über Aenderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung (RGBl. S. 504).

Um der immer weiter fortschreitenden Geldentwertung und ihren Auswirkungen auf dem Gebiete der Sozialversicherung möglichst rasch Rechnung tragen zu können, hat der Reichstag ein Gesetz angenommen, durch das die Reichsregierung ermächtigt wird, im Falle des Bedarfs mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Augelegenheiten jederzeit zu ändern und mittels der erforderlichen Uebergangsvorschriften einzuführen:

a) die Grenzen für die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung und die Höchstgrenzen für den Grundlohn in der Krankenversicherung,

b) die Geldbeträge in der Wochenhilfe und Wochenfürsorge, wobei jedoch wegen der hiermit verbundenen Belastung des Reichs auch noch die Zustimmung des Haushaltsausschusses des Reichstags erforderlich ist,

c) die Geldbeträge hinsichtlich der Versicherungspflicht, des anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienstes und des den Zulagen zugrundeliegenden Jahresarbeitsverdienstes in der Unfallversicherung,

d) ebenfalls wieder unter Zustimmung des Haushaltausschusses des Reichstags das Maß der Unterstützung nach dem Rentnernotstandmaßnahmengesetz.

E. Gesetz vom 3. Juni 1922 über Erhöhung der Zulagen in der Unfallversicherung (RGBl. S. 506).

Die Neuregelung, welche die Zulagen in der Unfallversicherung durch das grundlegende Gesetz vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 7) erfahren haben, hat schon damals nicht befriedigt. Die Stimmen, welche in einer Beschränkung des Anspruchs auf die erhöhte Rente auf Empfänger von Renten mit 50% und mehr Erwerbsbeschränkung den Kreis der zulageberechtigten Personen als zu niedrig gegriffen erachteten, wollten ebensowenig verstummen, wie diejenigen, welche den der erhöhten Rente zugrundegelegten Jahresarbeitsverdienst weiter hinaufgesetzt sehen wollten. Beiden Einwendungen konnte die innere Berechtigung nicht versagt werden. Es besteht kein Zweifel, daß zahlreiche Unfallrentner, die sich im Genuß einer Rente von 10% bis 50% Erwerbsbeschränkung befinden, angesichts der starken Entwertung unseres Geldes durch die ihnen in Papiermark bezahlte, aber noch auf der Goldmark beruhende Entschädigung schwer benachteiligt sind, ohne daß sie auf anderem Wege einen Ausgleich dieser Benachteiligung herbeiführen können. Es wird dem zwar immer entgegengehalten, daß die größte Anzahl dieser Unfallrentner noch durchaus in der Lage ist, einen entsprechenden, diesen Ausgleich herbeiführenden Verdienst durch Verwertung der ihnen verbliebenen Arbeitskraft zu erzielen. Dies gilt aber nach allgemeinen Erfahrungen nicht weniger auch für Unfallrentner mit einer den Betrag von 50% übersteigenden und etwa bis zu 66⅔% reichenden Beschränkung der Erwerbsfähigkeit. Dagegen sind zahlreiche alte und gebrechliche Leute vorhanden, denen es nicht mehr möglich ist, durch Arbeitsverdienst ihre minimalen Rentenbeträge zu erhöhen und die sich nun angesichts dieser geringen Beträge in einer schweren Notlage befinden und in eine nicht unberechtigte Erbitterung angesichts der nichterfolgten Angleichung ihrer Renten an die Geldentwertung geraten.

Eine gerechte Regelung könnte hier nur die Einführung des Begriffs der Notwendigkeit der Rentenerhöhung bringen, wie sie der ursprüngliche Entwurf des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 vorgesehen hatte und wie sie dann in § 10 dieses Gesetzes wenigstens hinsichtlich der landwirtschaftlichen Unternehmer und ihrer Ehegatten Aufnahme gefunden hat; dort war bezw. ist bestimmt, daß die Zulage ganz oder teilweise versagt werden kann, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Zulage nicht oder nicht ganz benötigt wird. So gut dieses Erfordernis eines Bedürfnisses auf Zulage in dem Gesetz über Wochenfürsorge Aufnahme gefunden hat, mit noch mehr Recht wäre es hier am Platze und würde zweifellos bei einer entsprechend milden Handhabung ausgleichender und beruhigender wirken als dies jetzt der Fall ist.

Es gilt dies umsomehr, als durch die nunmehr mit Wirkung vom 31. Juli 1922 (Art. II) erfolgte Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung die Gewährung der Zulage auch den Verletzten zugebilligt wird, deren Rente bezw. deren Hundertsätze mehrerer Renten 33⅓% und mehr betragen (Art. I Ziffer 1). Dadurch ist nun der Kreis der anspruchberechtigten Personen ganz erheblich erweitert worden.

Die Neuregelung befaßt sich aber auch gleichzeitig (Art. I Ziff. 2) mit einer eingehenden Umgestaltung der Jahresarbeitsverdienste, welche der sogenannten erhöhten Rente zugrunde liegen. Die Zulage besteht bekanntlich nach § 3 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 in dem Betrage, um den die Rente hinter dem Betrage zurückbleibt, den sie hätte, wenn sie nach dem der erhöhten Rente zugrundeliegenden Jahresarbeitsverdienst berechnet würde. Als dieser Jahresarbeitsverdienst galt bisher bei landwirtschaftlichen Arbeitern der Betrag von 8100 Mk., bei allen übrigen Arbeitern der Betrag von 12 000 Mk. Das neue Gesetz bringt nunmehr zunächst einmal einen Unterschied zwischen denjenigen Verletzten, welche eine Unfallrente von 33⅓% bis 50% ausschließlich und denjenigen, welche eine Unfallrente von

50% und mehr beziehen. Es scheidet dann weiterhin zwischen den männlichen und den weiblichen landwirtschaftlichen Arbeitern, deren Rentenberechnung der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst zugrundegelegt ist, und zwischen den übrigen nach dem Individuallohn entschädigten Arbeitern. Danach ergibt sich für die Berechnung der erhöhten Rente folgender Jahresarbeitsverdienst:

	$33^1/_3$%—50% ausschließlich	50% und mehr
1. Rentenberechnung nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst landwirtschaftlicher Arbeiter	Mk.	Mk.
a) weiblich	4 800	9 000
b) männlich	9 000	15 000
2. Rentenberechnung nach dem Individuallohn		
männlich und weiblich	15 000	24 000

Nicht geändert wurde die Bestimmung des Gesetzes vom 28. Dezember 1921, wonach sich die vorstehend bezeichneten Sätze des Jahresarbeitsverdienstes ermäßigen, sofern der Verletzte noch nicht 21 Jahre alt ist. Als Jahresarbeitsverdienst gilt dann für Verletzte von noch nicht 16 Jahren der Betrag von 60%, für solche von 16 aber noch nicht 21 Jahren der Betrag von 80% der erwähnten Jahresarbeitsverdienste.

Nach Artikel III des Gesetzes vom 3. Juni 1922 kann der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats und eines Ausschusses des Reichstags von 28 Mitgliedern die „im Artikel I Ziffer 2 festgesetzten Geldbeträge“ anderweit festsetzen. Diese Geldbeträge sind aber „die Jahresarbeitsverdienste im Sinne der Gesetze über Zulagen in der Unfallversicherung“, zu deren Erhöhung nach Ziffer 3 des Gesetzes vom 9. Juni 1922 (RGBl. S. 504; s. o. D.) die Reichsregierung im Falle des Bedarfs mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten ermächtigt ist. Eine der beiden Bestimmungen wäre daher überflüssig gewesen und man muß annehmen, daß nunmehr die Vorschrift des Gesetzes selbst den Vorzug vor derjenigen des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung vom 9. Juni 1922 hat.

F. Bekanntmachung vom 10. Juli 1922 über Wiederinkraftsetzung von Vorschriften der RVO. über Unfallversicherung (RGBl. S. 507).

Während des Krieges waren mit Wirkung vom 1. Juli 1916 ab durch Bekanntmachung vom 14. Juni 1916 (RGBl. S. 515) für Unfälle aus der Zeit nach dem 1. Mai 1916 mehrere Paragraphen der RVO. über den Ausschluß des Anspruchs auf Unfallrente für Hinterbliebene eines Ausländers zugunsten derjenigen Ausländer aufgehoben worden, die vor ihrer Beschäftigung im Inland ihren letzten gewöhnlichen Aufenthalt im Gebiete des Generalgouvernements Warschau oder der k. u. k. Militärverwaltung in Polen hatten. Diese Bestimmungen sind schon seit längerer Zeit überflüssig geworden; es wird daher nunmehr mit Wirkung vom 1. Juli 1922 ab der Rechtszustand nach der RVO. wieder hergestellt.

G. Gesetz vom 11. Juni 1922 über vorläufige Umgestaltung der Angestelltenversicherung (RGBl. S. 505).

Der Kampf um die endgültige Gestaltung der Angestelltenversicherung und ihre etwaige Verschmelzung mit der Invalidenversicherung geht ununterbrochen weiter. Seine engültige Entscheidung dürfte nicht vor Ende dieses Jahres fallen. Inzwischen kann aber angesichts der Entwertung des Geldes und der Steigerung der Gehaltsbezüge der Angestellten nicht stillschweigend zugesehen werden, wie immer weitere Kreise der Angestellten der Versicherung entzogen werden. Es mußte daher die erst seit 1. August 1921 festgesetzte Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst von 30 000 Mk. neuerdings, seit dem Inkrafttreten des Versicherungsgesetzes für Angestellte nunmehr zum vierten Male, erhöht werden. Die Erhöhung erfolgt mit Wirkung vom 1. Juli 1922 ab (Art. VII) auf den Betrag von 100 000 Mk. (Art. I, Ziff. 1). Gleichzeitig findet ein weiterer Ausbau der Beitragsklassen und eine Neugestaltung der Beiträge statt, die nunmehr sich folgendermaßen gestalten:

			Jahresarbeitsverdienst Mk.	Monatsbeitrag Mk.
	Klasse	A	bis zu 550	1,60
	„	B	von 551 bis 850	3,20
	„	C	„ 851 „ 1150	4,80
	„	D	„ 1151 „ 1500	6,80
	„	E	„ 1501 „ 2000	9,60
	„	F	„ 2001 „ 2500	13,20
	„	G	„ 2501 „ 3000	16,60
	„	H	„ 3001 „ 4000	20,—
	„	I	„ 4001 „ 5000	26,60
	„	K	„ 5001 „ 10000	33,20
	„	L	„ 10001 „ 15000	40,—
	„	M	„ 15001 „ 30000	48,—
Neu ab 1. Juli 1922	„	N	„ 30001 „ 50000	60,—
Neu ab 1. Juli 1922	„	O	„ 50001 „ 75000	80,—
Neu ab 1. Juli 1922	„	P	„ 75001 „ 100000	110,—

Den Neuversicherten und den Wiederversicherten räumt das Gesetz verschiedene Vorteile ein. Es gibt jedoch weder eine Definition des Begriffs „Neuversicherte", noch eine solche des Begriffs „Wiederversicherte". Man wird daher in dieser Beziehung auf die früheren Abänderungsgesetze zum Versicherungsgesetz für Angestellte zurückgehen müssen. Hier findet sich nun in Artikel III des Gesetzes vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 1173, Arb.-Vers. 1921 S. 473) der Begriff „Neuversicherte" in der Weise begründet, daß darunter in Umwandlung auf die gegenwärtige Rechtslage zu verstehen sind „Angestellte, die mit einem Jahresarbeitsverdienste von mehr als 30 000 Mk. versicherungspflichtig werden, ohne bereits eine laufende Anwartschaft aus früherer Pflichtversicherung zu haben." Als Neuversicherte haben daher (s. a. meine Ausführungen hier 1921 S. 542) zu gelten:

a) die Angestellten, welche bisher überhaupt noch nie versicherungspflichtig waren,
b) die Angestellten, welche weniger als fünf Monate in versicherungspflichtiger Beschäftigung waren (vgl. § 15 AVG.),
c) alle Angestellten, welche nach Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung von mehr als sechs Beitragsmonaten die Versicherung freiwillig nicht fortsetzten oder eine freiwillig fortgesetzte Versicherung verloren, weil sie eine geringere als die in § 49 AVG. festgesetzte Zahl von Beitragsmonaten in einem Kalenderjahre zurücklegten.

Für diese Neuversicherten gelten die §§ 366, 395 bis 398 AVG. mit der Maßgabe, daß die dort gesteckten Fristen vom 1. Juli 1922 ab laufen. Das hat folgende Bedeutung:

a) Sind Neuversicherte Mitglieder von Fabrik-, Betriebs-, Haus-, Seemanns- oder ähnlichen Kassen (§ 365 AVG.) und werden sie vor dem 1. Juli 1932 berufsunfähig oder vollenden sie vorher das 65. Lebensjahr oder sterben sie vor diesem Zeitpunkte und haben nun diese Kassen nach ihrer Satzung Leistungen zu gewähren, an denen die Reichsversicherungsanstalt beteiligt ist, so leistet diese zur Bestreitung der Kassenleistungen einen einmaligen Zuschuß in Höhe der Nettobeiträge mit Einschluß der rechnungsmäßigen Zinsen und Zinseszinsen (§ 366);

b) Bis zum 30. Juni 1925 kann die Reichsversicherungsanstalt solchen Neuversicherten nach vorhergehender ärztlicher Untersuchung gestatten, die Wartezeit zum Bezuge der Leistungen durch Einzahlung einer Prämienreserve abzukürzen (§ 395);

c) Haben Neuversicherte am 1. Juli 1922 das 55. Lebensjahr bereits vollendet und wird ihnen die Abkürzung der Wartezeit nicht gestattet oder ist sie ihnen aus irgendeinem Grunde, z. B. aus Mangel an Mitteln zur Einzahlung der Prämienreserve nicht möglich, so werden sie auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit (§ 397);

d) Bis zum 30. Juni 1932 genügt bei solchen Versicherten zur Erfüllung der Wartezeit bei den Hinterbliebenenrenten das Zurücklegen von 60 Beitragsmonaten auf Grund der Versicherungspflicht (§ 396);

e) Wird ein solcher Neuversicherter vor dem 1. Juli 1937 berufsunfähig, ohne daß er einen Anspruch auf Leistungen geltend machen kann, so steht bei seinem vor oder nach dem 1. Juli 1937 erfolgenden Tode seiner Witwe (bei weiblichen Angestellten dem Witwer) oder, falls eine Witwe oder ein Witwer nicht vorhanden ist, den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen eingezahlten Pflichtbeiträge und auf Erstattung von $^3/_4$ der freiwilligen Beiträge zu. Das gleiche gilt, wenn ein solcher Neuversicherter, ohne berufsunfähig geworden

zu sein, vor dem 1. Juli 1936 stirbt und ein Anspruch auf Leistungen der Hinterbliebenenfürsorge nicht geltend gemacht werden kann. In beiden Fällen muß aber der Erstattungsanspruch innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Versicherten erhoben werden (§ 398).

Diejenigen unter den Neuversicherten, welche als Pensionisten im Sinne des § 11 AVG. ein Anrecht auf Befreiung von der Versicherungspflicht haben, werden rückwirkend auf den 1. Juli 1922 von der Versicherungspflicht befreit, wenn an diesem Tage bereits die gesetzlichen Voraussetzungen für die Befreiung gegeben waren und der Befreiungsantrag bis einschließlich 31. Juli 1922 beim Rentenausschuß oder bei der Reichsversicherungsanstalt eingeht.

Als „Wiederversicherte" wird man in Anlehnung an Artikel I des Gesetzes vom 13. Dezember 1921 (RGBl. S. 1578: Arb.-Vers. 1922 S. 25) bezeichnen müssen, „Angestellte, die nach dem Gesetz vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 1173) und in Verbindung mit dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig waren, jedoch infolge Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, und nunmehr auf Grund des Gesetzes vom 11. Juni 1922 wieder versicherungspflichtig werden." Für diese Angestellten werden die Kalendermonate seit ihrem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bis zum 1. Juli 1922 als Beitragsmonate für das Recht auf freiwillige Weiterversicherung (§ 15 AVG.) und für die Aufrechterhaltung der Anwartschaft (§ 49 AVG.) angerechnet. Diese Beitragsmonate kommen jedoch bei der Berechnung der Wartezeit und der Leistungen nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte nur dann in Betracht, wenn der Angestellte auch noch für die in Betracht kommende Zeit freiwillig Beiträge gültig bereits entrichtet hat oder noch nachentrichtet; dies gilt aber nur dann, wenn die freiwillige Weiterversicherung mindestens in der Gehaltsklasse des nächsten Pflichtbeitrags vor dem nach dem 1. August 1921 erfolgten Ausscheiden des Angestellten aus der Versicherungspflicht und im Falle des § 177 AVG. mindestens in derjenigen Gehaltsklasse erfolgte, deren Beitrag diesen Pflichtbeitrag am nächsten liegt (Artikel III). Für die Ansprüche aus § 398 AVG. bleibt derartigen Beiträgen aber auch weiterhin der Charakter als freiwillige Beiträge gewahrt.

Was die Befreiungen der nunmehr von der Versicherungspflicht erfaßten Personen betrifft, so ist diese sehr eingeschränkt worden. Alte Befreiungen, die auf Grund der bisherigen Gesetze ausgesprochen sind oder noch werden, bleiben zwar bestehen und zwar ohne daß ihre Prämien dem erhöhten Jahresarbeitsverdienst angepaßt werden müssen; denn der diese Bestimmung enthaltende Artikel II Abs. 3 des Gesetzes vom 13. Dezember 1921 (RGBl. S. 1578) wurde aufgehoben (Art. V Abs. 1 Satz 2). Neue Befreiungen können nunmehr unter den Voraussetzungen des § 390 Abs. 2 AVG. ausgesprochen werden, d. h. dann, wenn der Angestellte am 1. Juli 1922 das 30. Lebensjahr bereits überschritten hatte und seit mindestens drei Jahren mit einer seinen Gehaltsverhältnissen entsprechenden Prämie einen Lebensversicherungsvertrag abgeschlossen hatte; der Antrag auf Befreiung ist bei der Ausstellung der ersten Versicherungskarte zu stellen.

Der bevorstehenden weiteren Geldentwertung trägt Artikel VI Rechnung, der die Reichsregierung ermächtigt, im Falle des Bedarfs mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten die Grenze für die Versicherungspflicht zu ändern.

Von wesentlicher Bedeutung ist ferner noch die in Artikel I Ziff. 6 erfolgte Aenderung des § 182 AVG., wonach vom 1. Januar 1923 ab die Beitragsentrichtung durch Einkleben von Marken in die Versicherungskarte zu erfolgen hat. Der Erlaß der hiernach notwendigen Ausführungsbestimmungen, sowie der Vorschriften über die Aenderung der bestehenden Bestimmungen über die Beitragsentrichtung ist dem Reichsarbeitsminister im Benehmen mit der RVA., bzw. der Reichsregierung unter Zustimmung des Reichsrats übertragen. Von geringfügiger Bedeutung ist die durch Artikel I Ziffer 3 und 4 vorgenommene Aenderung des § 11 und des § 73 in der Fassung des Gesetzes vom 13. Dezember 1921 (RGBl. S. 1578).

H. Gesetz vom 31. Mai 1922 über die Invalidenversicherung und die Angestelltenversicherung der Soldaten (RGBl. S. 542).

Solange die allgemeine Wehrpflicht bestand, waren die Soldaten nicht versicherungspflichtig. Die Kürze der Dienstzeit erlaubte es hiervon abzusehen und denjenigen Personen, welche zur Ableistung ihrer militärischen Dienstzeit eingezogen wurden und vorher in versicherungspflichtiger Beschäftigung tätig waren, die Dienstjahre auch ohne Entrichtung von Beiträgen den Zeiten gleichzustellen, während deren Beiträge entrichtet worden waren (§§ 1281, 1393 RVO.; § 51 AVG.). Wurden Personen des Soldatenstandes während ihrer Dienstzeit im Dienste oder während der Vorbereitung zu einer bürgerlichen Beschäftigung im Dienste des Reichs, eines Bundesstaates usw. in einer Tätigkeit verwendet, die an sich versicherungspflichtig gewesen wäre, so waren sie kraft Gesetzes versicherungsfrei (§ 1235 Ziffer 2 RVO., § 10 Ziffer 3 AVG.).

Im neuen Heere hat sich die Lage demgegenüber zunächst insofern geändert, als Leute, die vor ihrem Diensteintritt in die Reichswehr oder Reichsmarine nach der RVO. gegen Invalidität oder nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versichert waren, Beiträge zur Invalidenversicherung nicht mehr in der bisherigen Form ohne Beitragsentrichtung gutgeschrieben werden (§ 1393 RVO. in der Fassung des Artikels I des Gesetzes vom 23. Juli 1921 — RGBl. S. 984 —). Trotzdem wird aber der Dienst in der Reichswehr und Reichsmarine nicht als ein abhängiger im Sinne des Gesetzes angesehen, sodaß die in Betracht kommenden Personen auch weiterhin versicherungsfrei bleiben. Da nun der Dienst in der Reichswehr und Reichsmarine vertraglich auf 12 Jahre eingegangen wird, verlieren die einzelnen Personen zwölf für die Erfüllung der Wartezeit und die Berechnung der künftigen Rente außerordentlich wichtige Jahre, während deren ihre im Erwerbsleben stehenden Altersgenossen in der Regel sehr hohe Beiträge zu entrichten pflegen. Werden sie dann entlassen, so stehen sie in vorgerücktem Lebensalter nicht besser da, als nach ihrem Diensteintritt. Sie besitzen keinen Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung und haben nicht die Sicherheit der Uebernahme in eine Beamtenstellung wie der frühere Kapitulant des alten Heeres. Treten sie aber erst jetzt in die versicherungspflichtige Beschäftigung ein, so dauert es erst wieder einige Jahre, bis sie nur ein Anrecht auf niedere Sätze der Versorgung erwerben, und sind sie während dieser Zeit wieder ohne alle Möglichkeit eines Schutzes.

Die Reichsregierung hat sich daher veranlaßt gesehen, auch für die heutigen Berufssoldaten die Versicherung nach der Invaliden- und Angestelltenversicherung einzuführen. Es geschah dies in Form einer gemilderten Pflichtversicherung, indem zwar nicht jeder Soldat der Reichswehr oder der Reichsmarine ohne weiteres versicherungspflichtig ist, indem jedoch seine Versicherung geradeso erfolgt, als wenn er der Versicherungspflicht unterläge, sobald er nur entsprechenden Antrag bei seiner vorgesetzten Dienststelle stellt (§ 1226 RVO. in der Fassung des Art. I Ziff. 1; § 1 AVG. in der Fassung des Art. II Ziff. 1 des Gesetzes).

Das Gesetz spricht nur von „Soldaten". Es ist nicht klar, ob darunter alle Personen des Soldatenstandes oder nur die unteren Klassen fallen. Angesichts des Umstandes, daß unter Soldaten sowohl Offiziere, Unteroffiziere und Mannschaften verstanden werden müssen, wird man annehmen können, daß das Gesetz sich auf alle drei Gruppen erstreckt. Die Versicherung kann, was sich aus Artikel III des Gesetzes ergibt, gleichzeitig in beiden Zweigen der Sozialversicherung erfolgen, jedoch kann dem Soldaten dann die Uebernahme der vollen Beiträge in einer der beiden Versicherungen auferlegt werden. Im übrigen hat er die Wahl, welchem Zweige der Sozialversicherung er angehören will. Da § 1226 Abs. 2 RVO. nicht dahin geändert wurde, daß die Soldaten in diejenigen Personengruppen einbezogen wurden, welche nur bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 2000 Mk. versicherungspflichtig sind, ist hier die Versicherung ohne Rücksicht auf die Löhnung zu-

lässig. Dagegen wird man bei der Angestelltenversicherung annehmen müssen, daß eine Versicherung nicht möglich ist, wenn die Löhnung 100 000 Mk. im Jahre übersteigt.

Die Beiträge errechnen sich entsprechend den §§ 1245, 1392 RVO., §§ 16, 172 AVG. nach der Löhnung des Soldaten. Die Beitragsentrichtung erfolgt in eine bei der Gemeindebehörde des Dienstortes zu erholende Quittungskarte durch Kleben der entsprechenden Marken, bei der Angestelltenversicherung nach Einholung der Versicherungskarte bei der Ausgabestelle des Dienstortes bis zum 1. Januar 1923 durch Abführung monatlicher Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unter gleichzeitiger Uebersendung der in § 181 vorgesehenen Uebersichten und etwaigen Veränderungsanzeigen jeweils bis zum 15. des nächsten Monats, vom 1. Januar 1923 ab ebenfalls durch Markenentrichtung. Die Beiträge treffen vorbehaltlich einer Doppelversicherung (s. Art. III) den Soldaten gemäß § 1432 RVO., § 178 AVG. zur Hälfte, während die andere Hälfte das Reich übernehmen soll. Die Leistungen an Renten und Hinterbliebenenversorgung werden nach eingetretener Invalidität und Berufsunfähigkeit sowie nach erfolgtem Tode neben einer Versorgung nach dem Wehrmachtsversorgungsgesetze, dem Reichsversorgungsgesetze oder einem Beamtenversorgungsgesetze voll bezahlt.

Besondere Bestimmungen waren notwendig für das Heilverfahren, das bei den Soldaten in der Reichswehr und der Reichsmarine an sich ja bereits durch die Militärbehörde gewährt wird. Es ist daher § 1269 RVO. und § 36 AVG. dahin geändert worden (Art. 1 Ziff. 2, Art. 2 Ziff. 2), daß versicherten Soldaten während ihrer Zugehörigkeit zur Wehrmacht ein Heilverfahren von der Landesversicherungsanstalt oder Reichsversicherungsanstalt nicht gewährt wird. Dafür haben diese Versicherungsträger der Wehrmacht nach Abschluß des Geschäftsjahres für jeden entrichteten Beitrag einen Betrag zu vergüten, den der Reichsarbeitsminister festsetzt. Die hierdurch zurückfließenden Mittel sind zur Hälfte wieder dem Reiche zuzuführen, zur anderen Hälfte aufzuwenden, um allgemeine Maßnahmen zu treffen, die den Eintritt vorzeitiger Invalidität unter den versicherten Soldaten verhüten und ihre und ihrer Angehörigen gesundheitliche Verhältnisse fördern können.

Das Soldatenversicherungsgesetz ist so, wie es jetzt vorliegt, nur ein Rohbau. Es bedarf noch besonderer Ausführungsbestimmungen, zu deren Erlaß Artikel III die Reichsregierung unter Vorbehalt der Zustimmung des Reichsrats ermächtigt. In diesen Ausführungsbestimmungen kann nach dem Gesetz auch bestimmt werden, daß das Reich nur den höheren Arbeitgeberanteil zahlt, wenn der Soldat von beiden Versicherungen Gebrauch macht, und unter welchen Voraussetzungen der Soldat seinen Antrag wieder zurücknehmen darf.

Ueber die Wirkungen des Gesetzes besteht vollständig Unklarheit. Die Reichsregierung rechnete Ende März mit dem Eintritt von $^1/_{20}$ bis $^1/_4$ der 115 000 Mann betragenden Gesamtstärke der Wehrmacht in die Versicherung und demgemäß mit einem Reinaufwand für das Reich von jährlich 12 000 000 Mk. Inzwischen sind neuerdings Erweiterung der Lohn- und Gehaltsklassen sowie Erhöhungen der Beiträge erfolgt, sodaß mit einer Erhöhung dieser Summe gerechnet werden muß.

I. Gesetz vom 24. Juni 1922 über die Pauschbeträge für die Spruchsachen bei den Oberversicherungsämtern (RGBl. S. 542).

Bekanntlich haben die Versicherungsträger nach § 80 RVO. für jede Spruchsache vor den Oberversicherungsämtern Pauschbeträge zu entrichten. Diese sollen an sich von vier zu vier Jahren festgesetzt werden. Die Unsicherheit in den wirtschaftlichen Verhältnissen, namentlich die Ungewißheit über die Wertung des Geldes hat nun zu einer Aenderung des einschlägigen § 80 RVO. geführt, wonach auf die Festsetzung in Vierjahreszeiträumen verzichtet wird und künftighin die Höhe der Pauschgebühren vom Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats für jedes Gebiet der Arbeiterversicherung einheitlich nach der Wirtschaftslage festgesetzt wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beitragsfreiheit während des Bezugs von Wochen- und Schwangerengeld.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 1. April 1922.

Gemäß § 383 Abs. 2 RVO. sind bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten. Nach § 383 Abs. 2 der RVO. „gilt das Gleiche während des Bezugs des Wochen- und des Schwangerengeldes". Zweifelhaft ist, ob die Worte „das gleiche gilt" bedeuten, daß bei Arbeitsunfähigkeit keine Beiträge zu entrichten sind, oder ob sie so zu verstehen sind: „Ferner sind keine Beiträge zu entrichten während des Bezugs des Wochen- und Schwangerengeldes." Der Senat hat letzterer Gesetzauslegung den Vorzug gegeben, da Absatz 2 des § 383 RVO. lediglich die herrschende Auslegung des § 54 a des Krankenversicherungsgesetzes bestätigen soll (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. 1915, Anm. 3 zu § 383). Während der Geltung des § 54 a des Krankenversicherungsgesetzes war es anerkannten Rechtes, daß der Bezug der Wöchnerinnenunterstützung ohne weiteren Beweis der Erwerbsunfähigkeit Beitragsfreiheit gewährte (vgl. hierzu Hahn, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz 6. Aufl., Anm. 6 zu § 54 a, sowie Arbeiter-Versorgung 1903, S. 855 f. a. M. Reger-Henle, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz 8. Aufl., Anm. 3 zu § 54 a). Die Erwerbungsunfähigkeit der Wöchnerinnen ist nicht bloß eine vermutete, sondern eine gesetzlich angenommene, welche durch keinen Gegenbeweis widerlegt werden kann (so Rosin, das Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 1 S. 340 II 4 sowie S. 341 Anm. 29). Dem entspricht die Vorschrift des § 137 Abs. 6 der RGO. Eines ähnlichen besonderen Ausdruckes der vom Gesetzgeber angenommenen Arbeitsunfähigkeit der Wöchnerinnen bedurfte es in Anbetracht der ständigen Auslegung des § 54 a des Krankenversicherungsgesetzes bei der Fassung des Abs. 2 des § 383 der RVO. nicht. Mit der vorhin erörterten Auslegung des Abs. 2 des § 383 der RVO. stehen nicht etwa die Ausführungen in der Begründung zur RVO. (Begr. S. 222) im Widerspruch, wenn es dort heißt: „Werden die nach § 212 Abs. 2 (in der endgiltigen Fassung der RVO. § 199 Nr. 3) zulässigen Leistungen (Hebammendienste und ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden) gewährt, ohne daß Arbeitsunfähigkeit vorliegt, so ist § 413 (jetzt § 383 RVO.) nicht anzuwenden." In keiner Weise ist hier von einer Bezugnahme auf Wochengeld und Schwangerengeld die Rede, lediglich auf die Leistung von Hebammendiensten und ärztlicher Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden, die ihrer Natur nach, solange § 199 Nr. 3 RVO. in Geltung war, auch bei Arbeitsfähigkeit gegeben werden könnten, wird hierbei Bezug genommen.

Demgemäß hat nach Abs. 2 des § 383 jede Wöchnerin während des Bezuges des Wochengeldes Anspruch auf Befreiung von der Beitragsentrichtung, gleichgiltig ob sie arbeitsunfähig im Sinne des § 182 Nr. 2 ist oder nicht. Die Dauer der Beitragsfreiheit erstreckt sich auf die ganze Zeit, für welche die Wöchnerin einen Anspruch auf den Bezug des Wochengeldes hat. Hiernach ist allerdings eine Wöchnerin, wenn sie während des Wochengeldbezuges gegen Entgelt beschäftigt ist, von der Beitragspflicht befreit. Dieses vom Gesetzgeber offenbar nicht beabsichtigte Ergebnis kann aber nicht im Wege der Gesetzauslegung, sondern nur durch Gesetzesänderung beseitigt werden. Da der Begriff des Wochengeldes ohne Rücksicht darauf, ob es für eine Zeit vor oder nach der Entbindung gezahlt wird, stets der gleiche ist, so kann die bei der Entbindung erfolgende Zahlung der vierwöchigen Leistung in einer einzigen Summe rechtlich nicht anders bewertet werden, wie die nach der Niederkunft gewährte für mindestens weitere 6 Wochen.

Zur Beitragspflicht des Arbeitgebers wegen Nichtanmeldung eines ausgeschiedenen Arbeiters, der einer Ersatzkasse angehört.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 21. Januar 1922.

Der Arbeiter Sch., Mitglied einer mit dem Vorrecht des § 518 RVO. ausgestatteten Ersatzkasse, war vom 12. November 1919 bis zum 28. April 1920 bei dem Gärtnereibesitzer L. beschäftigt. Er hat rechtzeitig den Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten gemäß § 517 RVO. bei der Ortskrankenkasse gestellt. Diesem Antrage hat die Kasse entsprochen. Es sind dementsprechend Beiträge während dieser Beschäftigungszeit nicht erhoben worden. Sch. ist am 11. Februar 1921 von einem anderen Arbeitgeber, als am 22. Januar 1921 eingetreten, gleichfalls bei derselben Kasse angemeldet worden; er hat alsbald auf Grund seiner Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse erneut den Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten gestellt. Hierdurch ist die Ortskrankenkasse darauf aufmerksam geworden, daß der Gärtnereibesitzer L. die Abmeldung noch nicht bewirkt hat; sie hat deshalb von ihm von Tage des Austritts des Arbeiters Sch. aus seinen Diensten bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung 134,90 Mk. als Anteil des Arbeitgebers an den Krankenkassenbeiträgen verlangt.

Der Arbeitgeber hat den Anspruch als unbegründet bestritten; das Versicherungsamt hat auch in diesem Sinne entschieden. Auf Beschwerde der Kasse hat das Oberversicherungsamt die Sache nach §§ 1799, 1693 Abs. 1 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben, indem es der Ansicht des Versicherungsamts in wesentlichen beitrat.

Auch das Reichsversicherungsamt hat den Anspruch der Kasse für unbegründet erachtet und die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Zwar hat das Reichsversicherungsamt in seiner grundsätzl. Entsch. vom 3. Juli 1915 (Amtl. Nachr. 1915 S. 685 Nr. 2099) sich dahin ausgesprochen, daß bei verspäteter Abmeldung eines Ersatzkassenmitglieds, dessen Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse nach § 517 der RVO. ruhten, der Arbeitgeber nach § 397 a. a. O. nur den eigenen Beitragsteil fortzuzahlen habe. Die Voraussetzung für diese Entscheidung, nämlich die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Entrichtung des eigenen Beitragsteiles während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses an die Pflichtkasse, ist aber seit dem 29. Juni 1919 nicht mehr vorhanden. Denn an dem genannten Tage ist das Gesetz über Landkrankenkassen usw. vom 28. Juni 1919 (RGBl. 1919 S. 615 ff.) in Kraft getreten; § 13 der Verordnung vom 3. Februar 1919 in der Fassung des § 11 des Gesetzes vom 28. Juni 1919 hat eine wesentliche Abänderung des § 517 Abs. 2 RVO. herbeigeführt, soweit er bestimmt, daß der Arbeitgeber den Beitragsteil statt an die Krankenkasse unmittelbar an die Ersatzkasse einzuzahlen hat, falls für sie eine Anordnung über die Abführung von Beitragsteilen der Arbeitgeber nach § 518 RVO. erlassen ist. Demnach besteht für solche Arbeitgeber gegenüber der Zwangskasse während des Beschäftigungsverhältnisses ihrer Arbeiter eine Beitragsverpflichtung nicht mehr. Ist aber die Verpflichtung zur Zahlung des Arbeitgeberdrittels während des Beschäftigungsverhältnisses der Arbeiter weggefallen, so kann nach Entlassung der Arbeiter bis zu ihrer vorschriftsmäßigen Abmeldung diese Verpflichtung auf Grund des § 397 RVO. nicht mehr aufleben; § 397 ordnet nur ein „Fortzahlen" der Beiträge an (so auch Tarnowski in der „Ersatzkasse" 1921, 6. Jahrg. Heft 1 S. 5 ff. und Kottler a. a. O. Heft 2 S. 18, anderer Meinung Rühe in der „Ersatzkasse" 1922, 6. Jahrg. Heft 4 S. 48 ff.) Auch die Bezugnahme der Beschwerdeführerin auf § 317 RVO. kann hieran nichts ändern. § 317 enthält nicht Vorschriften über Beitragsentrichtung, sondern lediglich solche über die Meldepflicht. Ob und inwieweit die Zwangskasse bei Verletzung dieser Meldepflicht durch Arbeitgeber von versicherungspflichtigen Arbeitern, die Mitglieder einer mit Vorrecht des § 518 RVO. ausgestatteten Ersatzkasse sind, noch eine Bestrafung herbeiführen kann, steht im vorliegenden Fall nicht zur Entscheidung (zu vgl. Entsch. 2668, Amtl. Nachr. 1921 S. 379). Somit war die Beschwerde als unbegründet zurückzuweisen.

Anm.: In gleichem Sinne Arb. Vers. 1922 Heft 11 S. 176 Ziff. 5.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Wochengeld nach dem Gesetz vom 9. 6. 22 bei Entbindung vor dem 23. 6. 22.

1. Nach S. Antwort: Aus § 195a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. ergibt sich, daß von dem Wochengelde für zehn Wochen vier in die Zeit vor der Niederkunft fallen können, wenn nämlich die Satzung dies vorsieht oder die Wöchnerin es beantragt und die Kasse es bewilligt. Sie gehen aber von einem Falle aus, in welchem weder das eine noch das andere zutrifft. Die Wöchnerin ist am 15. 6. 22 entbunden. Dann ist nach Satz 2 a. a. O. das Wochengeld für die ersten vier Wochen, also für die Zeit von Donnerstag, den 15. 6. 22 bis Donnerstag, den 13. 7. 22 (zu vgl. § 125 RVO.) am 15. 6. 22. fällig geworden, und zwar, da das Gesetz vom 9. 6. 22 am 23. 6. 22 in Kraft getreten ist, von diesem Tage ab in dem durch das Gesetz erhöhten Betrage (Art. IX des Ges.). Vom 13. Juli ab ist das erhöhte Wochengeld für sechs Wochen je mit Ablauf einer weiteren Woche fällig.

Beschäftigungsart.

2. Nach Salzwedel. Frage: Eine Dresdener Verlagsfirma hat den hiesigen Bahnhofsbuchhandel inne und dazu eine Person angestellt, die außerhalb unserer Stadt wohnt, des Morgens mit der Bahn kommt und des Abends in ihre Heimat zurückfährt. Arzt und Apotheke benutzt sie stets in ihrer Heimat. Ist diese Person hier bei uns oder in Dresden versicherungspflichtig?

Antwort: Beschäftigungsort ist nach § 153 Abs. 1 RVO. der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Nur hiernach bestimmt sich, welcher allgemeinen Ortskrankenkasse der Beschäftigte anzugehören hat (§ 234 RVO.); sein Wohnort oder der Sitz der Firma ist nicht maßgebend. Da die Beschäftigung sich ganz im Bezirk Ihrer Kasse vollzieht, ist nur diese für die Versicherung zuständig.

Abzug des Beitragsteils des Versicherten vom Lohn.

3. Nach Ragnit. Antwort: Wir nehmen nach dem Inhalt der Anfrage an, daß die Satzung eine Bestimmung enthält, wonach die Beiträge stets für volle Wochen erhoben werden (§ 397 Abs. 4 RVO.). Dann muß der Versicherte sich auch $^{1}/_{3}$ des vollen Wochenbeitrags von seinem Lohn abziehen, wenngleich er für eine Woche nur einen Teillohn empfangen hat, weil er wegen Streiks (oder aus einem beliebigen anderen Grunde) in dieser Woche nur an weniger als 6 Tagen gearbeitet hat. Das ist eine selbstverständliche Folge aus § 394 Abs. 1 in Verbindung mit § 397 Abs. 4 RVO. Entscheidungen über einen solchen Fall sind uns nicht bekannt.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1366 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. Oktober 1922 | Heft 28

Die Neuregelung der hausgewerblichen Krankenversicherung.

Von Regierungsdirektor Dr. Sonderhoff in Hamburg.

Die neue reichsgesetzliche Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung durch das Gesetz vom 30. April 1922 (RGBl. S. 465) läuft im wesentlichen darauf hinaus, die vorläufige Ordnung der Versicherung durch Ortsstatuten als eine dauernde reichsgesetzlich festzulegen und die zu gleichmäßiger Anwendung sich eignenden statutarischen Vorschriften von Reichs wegen zu normieren. Die Reichsgesetzgebung hat damit den in der Reichsversicherungsordnung unternommenen Versuch einheitlicher, gleicher Ausgestaltung der hausgewerblichen Krankenversicherung aufgegeben, nachdem dieser Versuch, durch neuartige komplizierte Vorschriften der Eigenart der Beschäftigungs- und Lohnverhältnisse in allen Teilen gerecht zu werden, gescheitert war. Es soll hier nicht untersucht werden, weshalb die Vorschriften der RVO. die Unzufriedenheit aller Beteiligten, der Unternehmer, der Hausgewerbetreibenden und der Kassen erregten. Die Erfahrung mit den statutarischen einfacheren Vorschriften hat jedenfalls gezeigt, daß die Beteiligten sich leichter mit der Anlehnung an die allgemeinen Vorschriften der Krankenversicherung abfinden als mit den Bestimmungen der RVO., die in der Aufbringung der Mittel und der Gestaltung der Leistungen ganz neue Wege einschlugen und eine Sonderversicherung des Hausgewerbes innerhalb jeder Kasse durchführen wollten. So haben die in den Grundlinien übereinstimmenden Ortsstatuten dem Gesetzgeber jetzt den Weg gewiesen. Den einen und entscheidenden Erfolg hat aber die Einführung des Versicherungszwanges durch die RVO. gezeitigt, daß die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden sich allgemein als durchführbar erwiesen hat und daß sich praktisch erwiesen hat, daß die früher vielfach als unüberwindlich bezeichneten technischen Schwierigkeiten sich bei gutem Willen unschwer überwinden lassen und daß vor allem das Hausgewerbe die Lasten der Versicherung sehr wohl tragen kann.

Versicherungspflicht. — Demgemäß hat der Reichsgesetzgeber in dem Gesetz über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 im § 1 Abs. 1 Nr. 6 die Hausgewerbetreibenden, soweit ihnen nicht ein jährliches Einkommen von 40 000 Mark sicher ist, wieder für versicherungspflichtig erklärt. Durch das Gesetz über Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 9. Juni 1922 ist die Einkommensgrenze sodann auf 72 000 Mark heraufgesetzt worden. Damit wird also wieder der allgemeine Versicherungszwang für die Hausgewerbetreibenden eingeführt, jedoch mit einer be-

deutsamen praktischen Neuerung. Besondere Schwierigkeiten bereitete die Abgrenzung der eigentlichen Hausgewerbetreibenden von den Unternehmern, die ebenfalls gegen akkordierte Stückpreise („in Lohn") die ihnen von ihren Auftraggebern gelieferten Halbfabrikate und Waren weiter bearbeiten oder konsumfertig machen, aber über größeres Kapital verfügen und einen größeren Betrieb haben, in dem sie überwiegend mit der kaufmännischen und technischen Leitung tätig sind. Die begrifflich leichte, praktisch schwere Scheidung dieser auf eigenen Füßen stehenden Unternehmer von den Kleinmeistern wird nach dem Vorgang einzelner Ortsstatuten dadurch in einfachster Weise ermöglicht, daß der Versicherungszwang nur diejenigen Hausgewerbtreibenden ergreifen soll, denen nicht ein Jahreseinkommen in Höhe des für die Versicherungspflicht der Angestellten maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes von 72 000 Mark sicher ist. Auch nach dem hiermit gegenstandslos gewordenen und darum aufgehobenen § 467 RVO. hatte bereits der Bundesrat die Befugnis, Hausgewerbetreibende mit einem gesicherten Jahresgesamteinkommen in dieser Höhe auf Antrag versicherungsfrei zu lassen. Zum Einkommen sind nicht nur die Bezüge aus dem Hausgewerbebetriebe zu rechnen, sondern auch andere Einnahmen, soweit sie nach den Quellen, aus denen sie fließen, gesichert erscheinen. Unter Sicherheit ist hierbei naturgemäß nicht die rechtliche Sicherheit der Bezüge, sondern die tatsächliche Wahrscheinlichkeit ihres regelmäßigen Eingangs zu verstehen. Gerade die Bezüge aus der hausgewerblichen Tätigkeit dieser Kleinunternehmer schwanken ja stets, und so bleibt nichts übrig, als auf die Einnahmen in weiter zurückliegenden Zeiträumen zurückzugreifen, um einen Jahresdurchschnittsbetrag festzustellen. Dabei wird die Rechtsprechung zu dem Begriff des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes (vergl. Revisionsentsch. 482, Amtl. Nachr. der RVO. 1896 S. 174) sinngemäß zu verwerten sein. Die ständige und reißend fortschreitende Geldentwertung und Steigerung der Nominallöhne wird man jedoch mit in Rechnung stellen müssen. Wer im Jahre 1922 einen Verdienst von 80 000 Mark erzielt, wird im Jahre 1921 bei gleicher Arbeitsleistung in demselben Gewerbe sich mit einem Verdienst von 40 000 Mark nicht schlechter gestanden haben. Hier tauchen also neue Schwierigkeiten auf, mit denen die Praxis sich schlecht und recht abfinden muß. Einen Anhalt mag der jeweilige Stand der Verdienstgrenze für die Versicherungspflicht der Angestellten geben.

V e r s i c h e r u n g s b e r e c h t i g u n g. Versicherungsfreie Hausgewerbetreibende, die regelmäßig ein höheres Einkommen erzielen, haben andererseits nicht das Recht, der Versicherung freiwillig beizutreten. Denn das Gesetz hat für sie keine Ausnahme von dem § 176 RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 28. Dez. 1921 gemacht, nach dem die Versicherungsberechtigung nur bei einem Gesamteinkommen von höchstens 40 000 Mark gegeben ist. Die Versicherungsberechtigung greift daher nur für die ohne Entgelt mitarbeitenden Familienangehörigen der Hausgewerbetreibenden Platz (§ 176 Abs. 1 Nr. 3 RVO.).

I n k r a f t t r e t e n d e r V e r s i c h e r u n g. Soweit nicht bereits gegenwärtig die Versicherung der Hausgewerbetreibenden ortsstatutarisch geregelt ist, bedarf es nach der Uebergangsbestimmung in § 11 des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 eines besonderen Gesetzes zur Einführung der Versicherungspflicht. Denn wenn auch das in dieser Bestimmung angekündigte Ausführungsgesetz zur Neuregelung der hausgewerblichen Krankenversicherung nunmehr erlassen ist, so ist es hinsichtlich des Abschnittes B, der diese Regelung enthält, einstweilen nur insoweit in Kraft gesetzt, als es sich um die zu seiner Durchführung notwendigen Maßnahmen handelt (Artikel XI des Gesetzes vom 30. April 1922). Damit ist offenbar die Aenderung der geltenden Ortsstatute und der Erlaß neuer Ortsstatute gemeint, die zur Durchführung des

Gesetzes nötig sind. Mit Rücksicht auf den Vorbehalt der Inkraftsetzung des grundlegenden Gesetzes über die Versicherungspflicht und die notwendige längere Zeit für die Aenderung und den Erlaß der Ortsstatuten war es sicherlich nicht die Absicht des Gesetzgebers, daß das Ausführungsgesetz vom 30. April 1922 vollen Umfanges binnen 14 Tagen nach der Verkündung gemäß Artikel 7 der Verfassung schon in Kraft treten sollte. Vielmehr muß aus der Beschränkung des Inkrafttretens auf die vorbereitenden Maßnahmen zur Durchführung des Gesetzes, also auf die organisatorischen Bestimmungen, aus der Natur der Sache und dem Zusammenhang des Gesetzes mit dem Grundgesetz vom 28. Dezember 1921 geschlossen werden, daß der Gesetzgeber sich die Inkraftsetzung des Grundgesetzes und der übrigen Vorschriften des Ausführungsgesetzes bis nach Ablauf einer genügenden Frist zur Erledigung der organisatorischen Vorarbeiten vorbehalten hat (vergl. Hoffmann, hier 1922, S. 257).

Im Abschnitt A des Gesetzes finden sich die Neuerungen, die dem Gesetzgeber zur Klarstellung und Festlegung der Begriffe Hausgewerbetreibende, Arbeitgeber und Auftraggeber nötig erschienen. Die Statuten können also an diesen Begriffen nichts ändern. Eine weitere authentische Interpretation, etwa für den schwankenden Begriff der „vorübergehenden Beschäftigung“ durch die Statuten, erscheint aber nicht ausgeschlossen. Eine festere Begrenzung dieses Begriffes wäre sicherlich zu empfehlen.

Beschäftigungsort. — Die Aenderung des § 153 Abs. 2 RVO. durch den Artikel I ist von allgemeiner Bedeutung für die Bestimmung des Beschäftigungsorts im Sinne der RVO. Das neue Gesetz greift insoweit über den in seiner Ueberschrift bezeichneten Inhalt hinaus. Gerade für die hausgewerbliche Krankenversicherung wird die Aenderung des § 153 Abs. 2 kaum von praktischer Bedeutung sein. Sie ist aus dem ursprünglichen Entwurf über Aenderungen der RVO, mit in dieses Sondergesetz hineingenommen, um die an sich zweckmäßige kleine Aenderung nicht weiter hinauszuschieben. § 153 Abs. 2 hat namentlich für Bauarbeiten Bedeutung. Der Ausdruck „einzelne Arbeiten von geringer Dauer“ wurde vielfach auf die Arbeit als Ganzes bezogen (so auch von Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 e zu § 153) und damit der Anwendungsbereich der Vorschrift stark eingeschränkt. Durch die Aenderung wird nunmehr klargestellt, daß nicht die Dauer der Bauarbeit, sondern die Dauer der Arbeitsleistung der einzelnen am Bau beschäftigten Arbeiter gemeint ist. Damit wird also der Absicht des Gesetzgebers gemäß erreicht, daß die für wenige Tage an eine auswärtige Arbeitsstelle zur Aushilfe entsandten Arbeiter auch dann in ihrer alten Kasse verbleiben, wenn die Beendigung des Werkes selbst längere Zeit dauert.

Oertliche Kassenzugehörigkeit. — Der Artikel II bringt im Grunde nichts Neues. Bereits in § 466 Abs. 1 war bestimmt, daß für die örtliche Kassenzugehörigkeit der Hausgewerbetreibenden der eigene Betriebssitz maßgebend sein soll. Die Vorschrift ist jetzt nur deshalb in den allgemeinen Teil herübergenommen, weil sie aus den grundsätzlichen Vorschriften über den Beschäftigungsort abzuleiten ist. Sie steht freilich im § 154 nicht an der richtigen Stelle. Die Hausgewerbetreibenden haben eine feste Betriebsstätte in ihrer eigenen Werkstätte. Der neue Abs. 2 des § 154 gehörte daher als Ableitung aus der Regel nach § 153. Die ausdrückliche Aufnahme in das Gesetz hat aber die Wirkung, daß eine abweichende statutarische Regelung der Kassenzugehörigkeit für die Hausgewerbetreibenden nicht statthaft ist.

Begriffsbestimmungen. — Artikel III nimmt im Abs. 1 den § 2 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) in das Gesetz hinein. Durch die Aufnahme in das I. Buch der RVO. hat diese Erweiterung des Begriffs der Hausgewerbtreibenden jetzt aber auch Geltung für die anderen Versicherungszweige,

im besonderen für die Invalidenversicherung.

Die neu angefügten Absätze 4 und 5 des § 162 führen in die hausgewerbliche Krankenversicherung eine neue Begriffsbestimmung des **Arbeitgebers** ein. Da der Hausgewerbetreibende als selbständiger Gewerbetreibender anzusehen ist, so sind die Verleger oder Fabrikanten, Agenten und Zwischenmeister, von denen er seine Arbeitsaufträge empfängt und mit denen er verkehrt, nicht seine Arbeitgeber im eigentlichen Sinne des Versicherungsrechts. Daher hatte die RVO. auch den Begriff des Auftraggebers für die Unternehmer geschaffen, für deren Rechnung der Hausgewerbetreibende arbeitete. Nach der früheren gesetzlichen Regel sollte der Auftraggeber auch dann die Zuschüsse leisten und die Listen über die beschäftigten Hausgewerbetreibenden einreichen, wenn Zwischenmeister und andere Zwischenpersonen den Verkehr vermittelten. Nur ausnahmsweise sollte der Bundesrat diesen Mittelspersonen die Auftraggeberpflichten übertragen dürfen, jedoch mit der Maßgabe, daß sie gegen ihre Auftraggeber Anspruch auf Erstattung hatten (§ 491). Das Gesetz macht jetzt die Ausnahme zur Regel, indem es stets denjenigen Personen die Pflichten der Arbeitgeber auferlegt, welche unmittelbar die Arbeit an die Hausgewerbetreibenden ausgeben, mögen sie auch Mittelspersonen des Fabrikanten oder Verlegers sein, für dessen Rechnung die Arbeiten ausgeführt werden. Dies entspricht dem praktischen Bedürfnis und der gewöhnlichen Regelung in den Ortsstatuten. Daher führt das Gesetz jetzt die Bezeichnung Arbeitgeber für den unmittelbaren Auftraggeber des Hausgewerbtreibenden ein, mag dieser Auftraggeber (Fabrikant) im früheren Sinne oder Mittelsperson für diesen sein. Der Ausdruck Auftraggeber aber behält die frühere Bedeutung, bezeichnet also denjenigen Unternehmer, für dessen Rechnung die Lieferungsaufträge ausgeführt werden. Verkehrt er unmittelbar mit dem Hausgewerbtreibenden, so ist er also auch Arbeitgeber im Sinne des Gesetzes.

Mit der Aufnahme der den Begriff des Hausgewerbtreibenden erweiternden Bestimmung des § 2 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 in das Gesetz wird diese Vorschrift überflüssig und daher durch Artikel IV aufgehoben.

Regelung der Versicherung. — Der Abschnitt B bringt im Anschluß an diese Begriffsbestimmungen die eigentlichen Anordnungen für die Neuregelung der hausgewerblichen Krankenversicherung. Ihre Ausgestaltung überläßt der Gesetzgeber nunmehr den örtlichen Selbstverwaltungskörpern. Er verzichtet aber doch nicht auf seine Aufgabe, die Rechtseinheit in den wichtigeren Punkten herzustellen. Das Gesetz geht sogar in der Normierung der Richtlinien für die statutarische Regelung sehr weit und läßt den örtlichen Verwaltungskörpern nur geringen Spielraum für eine selbständige Ordnung.

Zunächst wird die frühere Zugehörigkeit der Hausgewerbtreibenden und ihrer hausgewerblich Beschäftigten zu den Landkrankenkassen durch Artikel V Abs. 1 beseitigt und damit die Bahn freigemacht für ihre Zuweisung an die **Ortskrankenkassen**. Die durch Artikel V Abs. 2 vorgenommene Einschaltung in § 250 Abs. 2 Satz 1 steht nur in entferntem Zusammenhang mit der hausgewerblichen Versicherung. Durch den Vorbehalt anderer Kassenzuständigkeit in den Fällen der §§ 309 und 470 wird besonders darauf hingewiesen, daß die für Innungsmeister tätigen Hausgewerbtreibenden nicht der Innungskrankenkasse angehören, es sei denn, daß sie in der Hauptsache in der Werkstatt des Innungsmeisters tätig sind und nur nebenher oder in geringerem Umfange auch in ihrer eigenen Wohnung noch Aufträge für ihn erledigen. Nach dem auch in § 470 Abs. 1 aufgenommenen gleichen Vorbehalt für den Fall überwiegender Beschäftigung in einem fremden Betriebe mit anderer Kassenzugehörigkeit wäre die Anwendung der Regel des § 309

allerdings nicht zweifelhaft gewesen. Daß ein Hausgewerbtreibender, der in eigener Werkstätte für einen Innungsmeister arbeitet, nicht „in dessen Betriebe" beschäftigt ist, und somit nicht nach § 250 Abs. 2 in eine für dessen Betrieb bestehende Innungskasse gehört, kann ebenfalls kaum in Zweifel gezogen werden. Immerhin wird aber für den, der die Bedeutung dieser Einschaltung recht versteht, die Sache ganz klargestellt.

Nachdem die alten Vorschriften über die Kassenzugehörigkeit der Hausgewerbtreibenden so geändert sind, daß in den folgenden Sondervorschriften die anderweitige Regelung erfolgen kann, wird im § 466 an die Spitze der anordnenden Einzelbestimmungen der leitende Grundsatz gestellt, daß die Regelung durch Ortsstatut erfolgen soll. Die Errichtung des Statuts ist in erster Linie Sache der Gemeinde oder übergeordneter kommunaler Verbände. Unter kommunalen Verbänden sind auch die Gemeindeverbände höherer Ordnung zu verstehen, also auch die preußischen Provinzen, die württembergischen Oberamtsbezirke usw. Es können also auch Ortsstatuten für größere Wirtschaftsgebiete innerhalb eines Staates erlassen werden. Durch die Bestimmung in § 466 Abs. 2 haben die Landeszentralbehörden es in der Hand, die Grenzen für eine einheitliche Regelung nach Wunsch enger oder weiter zu ziehen. Für einheitliche Wirtschaftsgebiete, deren Teile verschiedenen Ländern angehören, wie z. B. Groß-Hamburg, kann eine gleichmäßige Regelung durch Verständigung der Gemeinden und Gemeindeverbände beider Länder über den gleichen Inhalt ihrer Statuten erreicht werden.

Die Ortsstatuten würden an sich der Genehmigung durch die nach Landesrecht dazu berufenen Staatsbehörden unterliegen. Das Gesetz hat zwecks einfacherer und schnellerer Erledigung diese landesrechtlichen Vorschriften für diese Statuten beiseite gesetzt und lediglich die Oberversicherungsämter zur Entscheidung berufen. Es ist dabei zu beachten, daß die Oberversicherungsämter nicht ihre Genehmigung sondern ihre Zustimmung erteilen sollen. Das bedeutet, daß die Oberversicherungsämter die Satzungsbestimmungen nicht nur auf ihre Gesetzlichkeit sondern auch auf ihre Zweckmäßigkeit zu prüfen und nach ihrem sachverständigen Ermessen darüber zu entscheiden haben. Anders liegt es aber bei der erstmaligen Aenderung bereits geltender Ortsstatuten zur Anpassung an das Gesetz. Nach Artikel VII bedarf es dafür nur der Genehmigung durch die Oberversicherungsämter derart, daß deren Prüfung sich auf die Gesetzmäßigkeit der statutarischen Vorschriften beschränken muß.

Das kommunale Ortsstatut soll nach dem Gesetz die Regel sein. Ausnahmsweise gibt das Gesetz aber auch die Möglichkeit, die Ordnung durch Kassenstatut vorzunehmen. Dazu bedarf es nach § 467 eines besonderen und gemeinschaftlichen Antrages des an erster Stelle berufenen kommunalen Verbandes und der zuständigen Ortskrankenkassen an das Oberversicherungsamt, das die Genehmigung dazu erteilen muß. Nach Erhalt der Genehmigung müssen dann wieder die Ortskrankenkassen die Satzung zur Erteilung der Zustimmung vorlegen. Die Zulassung der Ortskrankenkassen zur Errichtung des Statuts entspringt dem Wunsch des Ortskrankenkassen-Verbandes, der aber die Gemeindebehörden ganz ausschalten wollte. Ihre subsidiäre Einschaltung und Bindung an die Gemeindebehörden wird die Ortskrankenkassen naturgemäß nicht befriedigen. Man wird aber zugeben müssen, daß die Regelung durch die kommunalen Verbände jedenfalls überall da den Vorzug verdient, wo mehrere Ortskrankenkassen für verschiedene Hausgewerbszweige oder für die Hausgewerbtreibenden eines größeren Gebiets zuständig sein würden, die gleichmäßig behandelt werden müßten. Die Begründung führt auch an, daß die Wünsche der Hausgewerbetreibenden als der schlechteren Versicherungswagnisse bei den Kassenverwaltungen nicht genügend berücksichtigt

werden könnten, da diese sich mit den Interessen der übrigen Mitglieder nicht decken. So ist es zu verstehen, daß das Gesetz die kassenstatutarische Regelung nicht begünstigt, ja erschwert.

Den Erlaß der erforderlichen Bestimmungen im Wege staatlicher Verordnung nach § 469 hat der Gesetzgeber für den Fall vorgesehen, daß ein Statut nicht innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vorschriften erlassen oder dem neuen Gesetz angepaßt sein sollte, weil eine Selbstverwaltungsbehörde nicht gezwungen werden kann, von ihrem Recht autonomer Regelung Gebrauch zu machen. Unterläßt die kommunale Behörde die Errichtung des Statuts oder kommt ein gültiges Statut nicht binnen 6 Monaten vom 5. Mai 1922 ab zustande, so tritt die Staatsbehörde an ihre Stelle. Das hat zur Folge, daß diese auch in Zukunft zu Aenderungen ihrer Bestimmungen berufen ist. Sie kann sie naturgemäß auch wieder aufheben, wenn die kommunale Behörde nachträglich von ihrem Rechte Gebrauch machen will und die ordnungsmäßige Errichtung des Statuts gesichert ist. Die Frist läuft vom 5. Mai 1922 ab, als dem Tage der Verkündung des Gesetzes; denn die organisatorischen Vorschriften sind, wie oben bemerkt, nach Artikel XI mit der Verkündung des Gesetzes bereits in Kraft getreten.

Die etwa durch Ortskrankenkassen erlassenen Vorschriften sind auch Satzungen im verwaltungsrechtlichen Sinne, nicht aber die notfalls durch die Staatsbehörden getroffenen Bestimmungen; letztere sind im Rechtssinne Verordnungen. Auch für die staatlichen Verordnungen müssen die Richtlinien des Gesetzes maßgebend sein. Der Kürze halber sprechen die folgenden Vorschriften nur von der statutarischen Ordnung. Damit sollen aber auch die Verordnungen der Staatsbehörde gemeint sein, wie § 469 Abs. 1 sorgsam bemerkt.

Nach dem allgemeinen Gemeinderecht konnte es fraglich sein, ob die statutarischen Vorschriften einer Gemeinde auch für auswärtige Arbeitgeber oder Auftraggeber Geltung haben. Die preußische Verwaltung bejaht diese Frage. Die Lehre hält aber an dem Grundsatz fest, daß die Wirksamkeit eines Ortsstatuts sich auf das Gebiet der Gemeinde oder des Gemeindeverbandes und auf die in ihm wohnenden oder sich aufhaltenden Gemeindeangehörigen beschränkt. Das Reichsgesetz macht im § 469 Abs. 2 dieser Ungewißheit und der Unzuträglichkeit für die Durchführung der hausgewerblichen Versicherung ein Ende, indem es diesen statutarischen Vorschriften verbindliche Kraft auch gegenüber den auswärtigen Arbeitgebern und Auftraggebern der im Gemeindebezirk tätigen Hausgewerbtreibenden verleiht.

Träger der Versicherung sind kraft zwingender Vorschrift des § 470 Abs. 1 die allgemeinen Ortskrankenkassen. Ausnahmsweise aber kann das Statut die Hausgewerbtreibenden, für deren Gewerbszweig noch eine besondere Ortskrankenkasse besteht, nach Maßgabe des § 470 Abs. 2 dieser zuweisen, um die Angehörigen des gleichen Gewerbszweiges in einer Kasse zu vereinigen und beim Uebergang von der Hausarbeit zur Fabrikarbeit oder umgekehrt einen Kassenwechsel, sowie Streitigkeiten bei gleichzeitiger oder vorübergehender Beschäftigung in der Fabrik zu vermeiden. Das fällt um so mehr ins Gewicht, als wie früher nach § 235 so auch jetzt noch § 470 Abs. 3 die von den Hausgewerbtreibenden beschäftigten Arbeiter in der Kasse ihres Arbeitgebers zu versichern sind, bei dessen Kassenwechsel also ihm folgen müßten. Die Vorschriften über die Kassenzuständigkeit sind zwingend. Das Statut kann also die Hausgewerbtreibenden oder ihre hausgewerblich Beschäftigten nicht anderen Kassen zuweisen. Wo eine Ortskrankenkasse nicht besteht, gehören sie nach der Regel des § 237 in die Landkrankenkasse. Einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse aber können sie nicht angehören, es sei

denn, daß sie überwiegend in der Fabrik oder Werkstatt des Betriebsunternehmers oder Innungsmeisters beschäftigt sind. Darauf verweist der Vorbehalt des § 309 in § 470 Abs. 1.

Nach den früheren Bestimmungen der RVO. wurden die Arbeiter der Hausgewerbtreibenden in der Bemessung der Beiträge und Leistungen ebenso behandelt wie ihre Arbeitgeber, ihre Barbezüge richteten sich vor allem nach der schwankenden Höhe der Auftraggeberzuschüsse. Die Statuten haben diese Sonderbehandlung des hausgewerblichen Hilfspersonals durchgehends verworfen. Jetzt bestätigt der Gesetzgeber in § 470 Abs. 3 Satz 2 ausdrücklich die statutarische Ordnung und macht es zur bindenden Regel, daß die Werkstattarbeiter der Hausgewerbtreibenden von den übrigen Lohnarbeitern nicht mehr geschieden werden dürfen. Dem entspricht auch die daraus ohne weiteres folgende Vorschrift in § 471, soweit sie die Meldepflicht der Hausgewerbtreibenden für ihre Arbeiter betrifft. Eine Abkehr von der früheren gesetzlichen Vorschrift aber bringt sie, indem sie nunmehr dem Arbeitgeber, d. h. also dem, der die Arbeit an den Hausgewerbtreibenden ausgibt, die Meldepflicht für ihn auferlegt. Auch darin waren ja die meisten Statuten vorangegangen, ohne auf erhebliche Schwierigkeiten zu stoßen. Während aber noch der Regierungsentwurf dem Statut die Freiheit abweichender Regelung lassen wolte, hat das Gesetz davon abgesehen, Ausnahmen zuzulassen. Arbeitet also der Hausgewerbtreibende für mehrere Unternehmer, so muß jeder von ihnen die Meldungen erstatten. Aufgabe des Statuts wird es aber sein, den loseren Beziehungen der Hausgewerbtreibenden zu ihren Arbeitgebern und der häufigen Ungewißheit der Arbeitgeber über die Aufgabe der Arbeit oder die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses durch Ausdehnung der Abmeldefrist nach § 317 Abs. 2 und durch nachsichtige Handhabung der Strafbefugnisse bei entschuldbarer Verzögerung der Abmeldung Rechnung zu tragen. Zweckmäßig und zulässig wäre wohl auch eine ausdrückliche Satzungsvorschrift über die Pflicht zur Abmeldung, wenn der Hausgewerbtreibende sich zum nächsten Ausgabetag nach Ablieferung seiner Arbeiten nicht wieder einstellt, da dann zu vermuten ist, daß der Hausgewerbtreibende die Arbeit aufgegeben oder andere Arbeit gefunden hat. Um der weiteren Beitragspflicht zu entgehen, werden die Arbeitgeber bei mehr als einwöchiger Unterbrechung der Arbeit jedenfalls unverzüglich abmelden müssen. Eine längere Abmeldefrist dürfte sich auch nicht mit dem Interesse der Kasse vereinigen lassen, die bis zur Abmeldung Gefahr läuft, Leistungen nach Beendigung der Mitgliedschaft zu gewähren.

Wie die Pflicht der Meldung, so legt das Gesetz jetzt auch den Arbeitgebern der Hausgewerbtreibenden die Pflicht zur Entrichtung der Beiträge für diese auf, geht also wieder zum allgemeinen System der Beitragszahlung über, indem es die Hausgewerbtreibenden wie Lohnarbeiter und die Personen, welche die Arbeit an sie vergeben, wie Arbeitgeber behandelt. Welche Vorschriften aus dem 6. Abschnitt außer dem § 381 Abs. 1 anzuwenden sind, kann fraglich sein. § 472 Abs. 2 spricht nur von § 381 Abs. 1 und von den allgemeinen Vorschriften über die Zahlung der Beiträge. Daß auch die §§ 382, 383 gelten sollen, wird man annehmen müssen, da aus der Begründung nichts für das Gegenteil angeführt wird und nicht anzunehmen ist, daß der Gesetzgeber diese allgemein seit langem geltenden Vergünstigungen den Hausgewerbtreibenden hat entziehen wollen. Die Befugnis, die Beiträge für die Hausgewerbtreibenden besonders zu bemessen, kann ebenfalls nicht in Zweifel gezogen werden. Denn wenn § 384 auch nicht unmittelbar anzuwenden ist, so hat doch das Ortsstatut auch ohnedies die Freiheit, die Beiträge für die Hausgewerbtreibenden besonders und abweichend zu bemessen, weil

der Gesetzgeber dies nicht verwehrt. An sich würde das Ortsstatut auch für die Hausgewerbtreibenden Familienzuschläge vorsehen können, sofern das Oberversicherungsamt dem zustimmt. Daß für die Zuschläge die §§ 381, 382, 385 bis 403 nicht gelten, ergibt sich aus der Natur der Sache. Die Beitragsbemessung für die Hausgewerbtreibenden kann aber ohne Rücksicht auf die sonstigen Ausgaben der Kasse erfolgen. Man könnte versuchen, die Versicherungsleistungen für die Hausgewerbtreibenden einschließlich eines entsprechenden Anteils an den Verwaltungskosten durch die Sonderbeiträge unter weiterer Heranziehung von Auftraggeberzuschüssen (§ 473) voll aufzubringen. Das Ortsstatut kann aber auch von der Leistungsfähigkeit der Hausgewerbtreibenden und des Hausgewerbszweiges überhaupt ausgehen und, ohne Rücksicht auf die durch diese Versicherung bedingten höheren Lasten, die Beiträge auf der Höhe der allgemeinen Sätze halten und dem Grundsatz der Verteilung der Lasten auf die Gesamtheit der Versicherten folgen. Dies wird bei großen leistungsfähigen Kassen das Gegebene sein. In jedem Falle aber können die §§ 384 bis 392 auf die durch Ortsstatut vorgeschriebenen Beiträge keine Anwendung finden, weil nicht die Kasse über ihre Normierung zu bestimmen hat. Nur wenn das Ortsstatut die generelle Vorschrift trifft, daß die Bemessung der Beiträge durch die Kasse nach den Regeln der §§ 385 bis 390 erfolgen soll, finden die §§ 385 bis 392 Anwendung. Mit dieser Rechtslage stimmt es überein, daß § 472 Abs. 2 die §§ 384 bis 392 außer Betracht läßt und nur die Vorschriften für die Zahlung der Beiträge, also die §§ 393 bis 403 für anwendbar erklärt, soweit sie allgemeiner Natur sind.

Es ist also weiter zu prüfen, welche dieser Vorschriften allgemeiner, grundsätzlicher Art sind. Man muß davon ausgehen, daß dem Statut in der praktischen Ordnung des Zahlgeschäftes die nötige Freiheit gelassen werden soll, um den Zahlverkehr den besonderen Verhältnissen des Gewerbszweiges anzupassen. In der Bestimmung der Zahltermine und der Zahlungsweise wird daher das Statut freie Hand haben (§ 393). Man sollte freilich nicht ohne triftige Gründe von der allgemeinen Zahlungsweise der Kasse abweichen, um deren Geschäftsbetrieb nicht zu erschweren. Die §§ 394 bis 396 sind aber sicher grundsätzlicher Art und somit bindend. Auch § 397 Abs. 1 und 2 werden als allgemeine Vorschriften gelten müssen, nicht aber eine Vorschrift der Kassensatzung über die Hebung von vollen Wochenbeiträgen (§ 397 Abs. 4). Die folgenden §§ 398 bis 402 werden wieder als wichtige allgemeine Bestimmungen Geltung behalten müssen. § 403 hat keine praktische Bedeutung. Ueber die Anwendung der §§ 404, 405 kann wieder kein Zweifel aufkommen. Beitragsschuldner ist nach dem Gesetz stets der sogenannte Arbeitgeber, nicht der Auftraggeber als solcher. § 472 Abs. 3 läßt ihn aber für die Beiträge haften, also für die Beitragsausfälle, die durch die Zahlungsunfähigkeit einer Mittelsperson entstehen. Streitigkeiten über die Haftung, bei denen regelmäßig der in Anspruch genommene Dritte die Selbständigkeit und Unternehmereigenschaft des Arbeitgebers behaupten wird, werden ebenfalls nach § 405 zu entscheiden sein, obschon das Gesetz es nicht ausdrücklich bestimmt. Es wird sich empfehlen, dies durch das Statut klarzustellen.

Mit der Regelung der Beitragsleistung nach dem allgemeinen System steht im Grunde die fakultative Aufrechterhaltung der Zuschußpflicht der Auftraggeber durch § 473 nicht im Einklang. Die mit ihrer Erhebung gemachten schlechten Erfahrungen haben dazu geführt, den Unternehmern ihren Teil an den Beitragslasten in der allgemeinen Form des Beitragsdrittels aufzuerlegen. Daß Mittelspersonen der Unternehmer diese für die Unternehmer zu zahlen haben, ändert daran nichts. Wenn die Beiträge so bemessen werden, daß sie die Lasten der hausgewerblichen Versicherung decken, so ist die Erhebung

weiterer Zuschüsse auch sachlich unberechtigt. Da im allgemeinen aber bei uneingeschränkten Leistungen die Beiträge nicht ausreichen werden, so wäre gegen die weitere Heranziehung der Unternehmer zu Zuschüssen an und für sich kaum etwas einzuwenden, wenn nicht die bekannten technischen Schwierigkeiten bei der Durchführung durch die regelmäßige Aufstellung und Mitteilung der Lohnlisten an die verschiedenen zuständigen Kassen im Wege ständen. Dazu kommt nunmehr auch die Schwierigkeit, die Höhe der Zuschüsse richtig zu bemessen. Das Gesetz läßt auch die Möglichkeit offen, ganz zu dem alten System der RVO. zurückzukehren und anstatt des Arbeitgeberbeitrages nur Zuschüsse von den Auftraggebern oder Arbeitgebern zu erheben. Es ist kaum anzunehmen, daß die kommunalen Behörden diesen Weg beschreiten werden. Für den Fall, daß Auftraggeberzuschüsse festgesetzt werden, hat das Statut auch für die Zweige des Hausgewerbes, in denen die Hausgewerbtreibenden auch Materialien und Zutaten liefern, zu bestimmen, ob dafür Abzüge von den Preisen oder Löhnen zu machen sind (§ 473 Abs. 3). Die äußerst schwierige Festsetzung der Höhe der Abzüge nach ihrem Werte, zumal bei den jetzigen Preisschwankungen, wird die Erhebung der Zuschüsse in den Zweigen oder Bezirken, in denen in den Löhnen auch der Ersatz für erhebliche Materialwerte enthalten ist, praktisch fast unmöglich machen. Auch die Versicherungsämter werden nicht in der Lage sein, durch die ihnen überlassene Festsetzung von Durchschnittssätzen die Beteiligten zufriedenzustellen (§ 473 Abs. 4).

Wenn es in § 475 Abs. 1 heißt, daß für die Kassenleistungen an die Hausgewerbtreibenden die allgemeinen Vorschriften des II. Buches der Reichsversicherungsordnung gelten, so soll das bedeuten, daß ihnen die Regelleistungen gewährt werden müssen. Damit ist also nicht vorgeschrieben, daß ihnen auch die satzungsmäßigen Mehrleistungen zuteil werden müssen. Das Ortsstatut ist also in der Lage, ihnen diese zu versagen oder zu beschränken. Der Kasse selbst ist es freilich versagt, für einzelne Mitgliedergruppen die Mehrleistungen verschieden zu bemessen. Dies gilt aber nicht für die besondere Regelung der hausgewerblichen Versicherung durch das Ortsstatut. Soweit das Sondergesetz nicht die Anwendung bestimmter Grundsätze vorschreibt, ist das Statut frei. Wie das Statut besondere Beiträge festsetzen kann, so kann es auch die besonderen Lasten der Kassen durch die Hausgewerbtreibenden soweit berücksichtigen, daß es Umfang und Art der zu gewährenden Mehrleistungen der Kasse für sie beschränken oder diese ganz fortfallen lassen kann.

Zu den allgemeinen Vorschriften des II. Buches gehören vor allem auch die §§ 180, 181 über den Grundlohn. Die Festsetzung des Ortslohnes als Grundlohn wäre danach für die jetzt ortskassenpflichtigen Hausgewerbtreibenden nicht zulässig. Wenn das Gesetz die Festsetzung der Ortslöhne abweichend von diesem Grundsatz nach Maßgabe des § 475 Abs. 2 zuläßt, so ist das zugunsten der Hausgewerbtreibenden und der Kassen geschehen, um diesen höhere Barleistungen und jenen höhere Beiträge zu geben. Damit steht aber der Absatz 3 in der Gestalt, die der Reichstag ihm gegeben hat, in Widerspruch. Wenn der Gesetzgeber für die der niedrigsten Lohnstufe angehörenden Hausgewerbtreibenden, deren Lohn noch unter dem halben Grundlohn dieser Stufe steht, die Beiträge entsprechend ermäßigen läßt, also auf die Hälfte oder weniger des niedrigsten Beitrages, so schädigt er damit die Kasse außerordentlich, die ohnehin in dem niedrigsten Beitrage kaum ein ausreichendes Aequivalent für die Krankenpflege erhält. Nach dem Regierungsentwurf sollten für diese Hausgewerbtreibenden mit den niedrigsten Löhnen zugunsten der Kasse die Regelleistungen weiter auf Krankenpflege, Wochenhilfe und Sterbegeld beschränkt werden können. Dafür sollte dann der Beitrag entsprechend dieser Beschränkung herabgesetzt werden. Das

ließ sich hören. Indem der Reichstag die Vorbedingung für die Beitragsermäßigung gestrichen hat, ist die stehen gebliebene Vorschrift zwar nicht ganz sinnlos, wohl aber grundlos geworden. Es erscheint ausgeschlossen, den niedrigsten Beitrag bei vollen Leistungen oder doch allen Regelleistungen noch weiter auf die Hälfte zu ermäßigen. Es ist also kaum anzunehmen, daß ein Ortsstatut diese Bestimmung aufnimmt oder sie lange aufrechterhält.

Der Artikel VI bedarf an sich keiner Erläuterung. Der Druckfehler in der vorletzten Zeile, in der statt 486 die Ziffer 468 stehen muß, ist leicht zu bemerken. Es hat sich aber in derselben Zeile ein Sinnfehler eingeschlichen. Es ist unrichtig, hier von „Strafbestimmungen" zu sprechen. Die statutarischen Bestimmungen enthalten die verpflichtenden Rechtssätze, die Normen, deren Uebertretung erst § 532 Abs. 2 in der neuen Fassung mit Strafe bedroht. § 532 ist die Strafbestimmung. Die Statuten enthalten keine und können keine Strafbestimmungen aufnehmen, weil § 532 sie enthält.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 7 der **Amtl. Nachr.** vom 23. Juli 1922.)

I. Unfallversicherung.

Bestimmt die Dienstordnung, daß die Angestellten der Berufsgenossenschaft nach einer Dienstzeit von bestimmter Dauer Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge nach den für Reichsbeamte geltenden Vorschriften haben, so sind nicht nur die bei der Versetzung in den Ruhestand oder beim Tode des Angestellten für die Reichsbeamten geltenden Vorschriften, sondern auch im weiteren Verlauf des Ruhestands- oder Hinterbliebenenfürsorgeverhältnisses die Aenderungen anzuwenden, die in diesen Vorschriften zugunsten der Reichsbeamten getroffen werden, so insbesondere das Pensionsergänzungsgesetz v. 21. 12. 20, RGBl. S. 2109 (3111 S. 344).

Hat ein Unternehmer die Löhne für bestimmte Verrichtungen einer Berufsgenossenschaft nachgewiesen und wird er nachträglich von einer andern Berufsgenossenschaft wegen der gleichen Verrichtungen in Anspruch genommen, so steht nur ihm — nicht der ersterwähnten Genossenschaft — der Einspruch zu (§§ 757, 759, 814 RVO.) — § 668 RVO. betrifft nur Streit über die Ueberweisung eines Betriebes, nicht auch Streit darüber, ob Bauarbeiten als Hilfstätigkeiten des Hauptbetriebs oder als Bauarbeiten im Sinne des § 629 RVO. anzusehen sind (3112 S. 345).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung.

Der Anspruch auf Erstattung von Leistungen der Familienwochenpflege (§§ 197, 205a RVO. in der Fassung der Bek. v. 22. 5. 20, RGBl. S. 1069) erstreckt sich nicht auf Mehrleistungen der leistungspflichtigen Kasse nach § 205a Abs. 2 aaO. (2703 S. 357).

Ueber Ansprüche auf Wochenfürsorge, die vor dem 6. 8. 21 rechtshängig geworden sind, ist im Spruchverfahren zu entscheiden. — Eine Wöchnerin gilt im allgemeinen als minderbemittelt im Sinne des § 17 des Wochenhilfegeſ. in der Fassung der Bek. v. 22. 5. 20, RGBl. S. 1069), wenn ihr und ihres Mannes Einkommen entweder im Jahre oder im Steuerjahre vor der Entbindung innerhalb der im § 17 Abs. 2 vorgesehenen Einkommensgrenze liegt. — Als Einkommen im Steuerjahre sind alle geldwerten Einkünfte zu verstehen, die den Eheleuten in diesem Steuerjahre tatsächlich zugeflossen sind (2704 S. 359).

Ein dem Verletzten erteilter, der Kasse mitgeteilter Bescheid der Berufsgenossenschaft, worin sie die Gewährung weiterer ärztlicher Behandlung ablehnt, steht dem Ersatzanspruch der Kasse aus § 1501 Abs. 2 RVO. wegen weiterhin gewährter Arzthilfe an sich nicht entgegen. Ob die Kasse diese Hilfe pflichtmäßig zu gewähren hatte, ist im Ersatzstreitverfahren nach § 1515 Abs. 2 RVO. zu entscheiden (2705 S. 361).

Die Zahlung von Hausgeld an die Angehörigen eines Beschädigten aus § 13 RVersorgGes. v. 12. 5. 1920 schließt den Bezug der Beihilfe nach § 1 Ges. v. 26. 12. 20 (RGBl. S. 2315) nicht aus (2706 S. 363.)

B. Allgemeines.

Auszug aus dem Reichsgesetz über die Schutzpolizei der Länder.

Vom 17. Juli 1922 (RGBl. I S. 597).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 12. Die Reichsversicherungsordnung wird wie folgt geändert:

1. § 169 Abs. 2 erhält den Zusatz: „und ferner für Angehörige der Schutzpolizei im Sinne des § 1 des Reichsgesetzes über die Schutzpolizei der Länder vom 17. Juli 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 597)".
2. Im § 172 ist als Ziffer 2a einzufügen:
   „2a. Angehörige der Schutzpolizei, die eine der im § 165 bezeichneten Tätigkeiten im Dienste der Polizei oder während der Vorbereitung zu einer anderen Beschäftigung ausüben, auf die § 169 anzuwenden ist."
3. Im § 554 ist als Ziffer 2a einzufügen:
   „2a. Angehörige der Schutzpolizei im Sinne des § 1 des Reichsgesetzes über die Schutzpolizei der Länder vom 17. Juli 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 597)."
4. Im § 1226 ist hinter Nr. 1b einzufügen:
   „1c. Angehörige der Schutzpolizei im Sinne des § 1 des Reichsgesetzes über die Schutzpolizei der Länder vom 17. Juli 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 597), sofern sie bei ihrer vorgesetzten Dienststelle die Versicherung beantragen."
5. Dem § 1269 wird als Abs. 3 hinzugefügt:
   „Versicherten Angehörigen der Schutzpolizei wird während ihrer Zugehörigkeit zur Schutzpolizei ein Heilverfahren (§§ 1269 bis 1274) von der Versicherungsanstalt nicht gewährt. Dafür hat die Versicherungsanstalt der Schutzpolizei nach Abschluß des Geschäftsjahrs (§ 164) für jeden entrichteten Beitrag einen Betrag zu vergüten, den der Reichsarbeitsminister festsetzt. Diese Mittel sind zur Hälfte aufzuwenden, um allgemeine Maßnahmen zu treffen, die den Eintritt vorzeitiger Invalidität unter den versicherten Angehörigen der Schutzpolizei verhüten und ihre und ihrer Angehörigen gesundheitlichen Verhältnisse fördern können, zur anderen Hälfte werden sie den Einnahmen des Reichs wieder zugeführt."

§ 15. Dieses Gesetz hat mit Ausnahme der §§ 12, 13, die mit dem Tage der Aufstellung der Schutzpolizei in Kraft treten, rückwirkende Kraft vom 1. Januar 1921. Was für die rückliegende Zeit unter Schutzpolizei im Sinne der §§ 12, 13 zu verstehen ist, bestimmen die Länder.

Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers, betreffend den Wortlaut der Ausführungsverordnung zum Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung.

Vom 29. Juli 1922. (RGBl. S. 678.)

Die Ausführungsverordnung vom 24. Dezember 1921 (Reichsgesetzbl. S. 1665) zum Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung vom 7. Dezember 1921 (Reichsgesetzbl. S. 1533) — geändert durch die Ausführungsverordnungen vom 19. Mai 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 482) und vom 29. Juli 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 677) — wird auf Grund des Artikels III der Ausführungsverordnung vom 29. Juli 1922*) in der vom 1. August 1922 ab gültigen Fassung nachstehend bekanntgemacht.

§ 1. Die Gemeinden haben die Notstandsmaßnahmen beschleunigt durchzuführen und den Rentenempfängern bei Geltendmachung ihrer Ansprüche behilflich zu sein.

Den Antrag auf Unterstützung hat der Rentenempfänger bei der Gemeindeverwaltung seines Wohnorts (§ 3 des Gesetzes) oder der von der obersten Landesbehörde bezeichneten sonstigen Stelle (§ 8 des Gesetzes) schriftlich oder mündlich zu stellen. Der Antrag kann auch durch einen Vertreter gestellt werden; der Vertreter ist auf Verlangen verpflichtet, eine schriftliche Vollmacht vorzulegen.

Hat der Rentenempfänger keinen Wohnort oder ist streitig, wo sich der Wohnort befindet, so gilt als Wohnort der Ort, der für die Bestimmung der Zahlstelle der Rente oder des Ruhegeldes (§ 1383 der Reichsversicherungsordnung und § 313 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) zuletzt maßgebend war. Der Rentenempfänger ist auf Verlangen verpflichtet, durch Vorlage der Mitteilung der Versicherungsanstalt oder des Rentenausschusses die Zahlstelle nachzuweisen.

§ 2. Als Empfänger von Renten im Sinne des § 1 des Gesetzes sind auch Personen anzusehen, die gemäß §§ 372 bis 386, § 388 des Versicherungsgesetzes für Angestellte aus Ersatzkassen Ruhegeld oder Rente auf Grund reichsgesetzlicher Versicherungspflicht beziehen.

Als Rentenempfänger im Sinne des Gesetzes sind nicht Personen anzusehen, die nur eine lebenslängliche Rente oder Leibrente nach §§ 61 oder 63 des Versicherungsgesetzes für Angestellte beziehen.

Die Mitteilung nach § 1 Abs. 3 Satz 2 ist durch die Ersatzkasse auszustellen. In den Fällen des § 382 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist der Rentenausschuß dafür zuständig.

§ 3. Kinder im Sinne des § 2 Abs. 3 des Gesetzes sind eheliche und ihnen gleichgestellte Kinder sowie die unehelichen Kinder weiblicher Rentenempfänger (§ 1259 der RVO. § 29 des Versicherungsgesetzes für Angestellte).

§ 4. Die Unterstützung richtet sich nach den Umständen des einzelnen Falles, jedoch darf das Gesamtjahreseinkommen des Rentenempfängers nach Abzug der auf Grund des § 2 Abs. 4 und 5 des Gesetzes

*) Auf der hier angeführten Verordnung vom 29. 7. 22 (von deren besonderem Abdruck abgesehen wird) beruhen die andere Fassung des § 4 Abs. 1, der § 7a, die Einfügung der gesperrt gedruckten Worte im § 9a und die Beseitigung des zweiten Satzes des § 11.

nicht anzurechnenden Bezüge zusammen mit der Unterstützung die im § 2 Abs. 1 des Gesetzes bezeichneten Höchstbeträge nicht überschreiten. Es unterliegt dem pflichtmäßigen Ermessen der Gemeinden, ob und inwieweit innerhalb dieser Höchstgrenzen eine Unterstützung zu gewähren ist. Sie haben bei ihrer Entscheidung die gesamten persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Rentenempfängers von Amts wegen zu berücksichtigen.

Die Berechtigung zum Bezuge der Rente oder des Ruhegeldes muß durch Vorlegung des letzten Rentenbescheids nachgewiesen werden. Es genügt auch eine Bestätigung der Zahlstelle (§ 1 Abs. 3), des Versicherungsamts, des Rentenausschusses oder der Ersatzkasse (§ 2 Abs. 3) über die Erteilung dieses Bescheids. Die Gemeinden können zur Vermeidung von Doppelzahlungen auf dem Bescheid oder der Bestätigung vermerken, daß und wann ein Antrag auf Unterstützung gestellt worden ist.

Die weiteren Feststellungen, insbesondere über die Einkommens- und Familienverhältnisse, sind von Amts wegen vorzunehmen. Die reichsgesetzlichen Versicherungsträger, die Zahlstellen (§ 1 Abs. 3), der Unterstützungsempfänger, dessen unterhaltspflichtige Angehörige und die Arbeitgeber sind verpflichtet, den Gemeinden über alle für die Unterstützung erheblichen Tatsachen Auskunft zu erteilen.

Tatsachen können als festgestellt angesehen werden, wenn der Rentenempfänger sie vor einer zuständigen Stelle in Gegenwart eines Zeugen an Eides Statt versichert. Vor der Abnahme der eidesstattlichen Versicherung ist er darüber zu belehren, daß nach § 156 des Reichsstrafgesetzbuchs mit Gefängnis von einem Monat bis zu drei Jahren bestraft wird, wer eine derartige Versicherung wissentlich falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung wissentlich falsch aussagt. Ueber die Belehrung und die Versicherung an Eides Statt ist eine Niederschrift aufzunehmen, die von dem Abnehmenden, dem Rentenempfänger und dem Zeugen zu unterzeichnen ist. Zur Abgabe der eidesstattlichen Versicherung kann der Rentenempfänger nicht gezwungen werden, er kann auch nicht verlangen, dazu zugelassen zu werden. Die obersten Landesbehörden bestimmen, welche Stellen zur Abnahme derartiger eidesstattlicher Versicherungen zuständig sind.

§ 4a. Die Erhöhung der Grenze, innerhalb deren gemäß § 2 Abs. 4 und 5 des Gesetzes Einkommensteile bei der Berechnung des Gesamtjahreseinkommens (§ 2 Abs. 1 und 2 des Gesetzes) anrechnungsfähig bleiben (Freigrenze), ist bei allen Unterstützungen, die für die Zeit nach dem 1. April gezahlt werden, von Amts wegen zu berücksichtigen.

§ 5. Als Bezüge auf Grund des RVG. vom 12. Mai 1920 und anderer Militärversorgungsgesetze (§ 2 Abs. 5 des Gesetzes) gelten auch widerrufliche Zuwendungen, Teuerungszulagen und Teuerungszuschläge, die in Vollzug dieser Gesetze aus Reichsmitteln gewährt werden.

§ 6. Die Unterstützung soll in der Regel jeweils für ein Kalendervierteljahr festgesetzt werden. Sie ist vom Beginne des Monats an zu gewähren, innerhalb dessen der Antrag gestellt wird. Läßt sich für die Unterstützungszeit der Betrag des anzurechnenden Einkommens nicht ausreichend feststellen, so können die tatsächlichen Bezüge im vorhergehenden Kalendervierteljahre zugrunde gelegt werden. Der Betrag des anzurechnenden Einkommens ist auf die nächstniedere durch 30 teilbare Markzahl abzurunden.

Der Wert von Sachbezügen ist bei Berechnung des Gesamtjahreseinkommens gemäß § 2 des Gesetzes nach den Ortspreisen zu berechnen, die nach § 160 der RVO. bei Berechnung des Entgelts maßgebend sind. Unterstützungen, die die private Wohlfahrtspflege ohne Rechtspflicht gewährt, sind nicht zum Einkommen zu rechnen. Gesetzliche Unterhaltsansprüche sind bei Berechnung des anzurechnenden Einkommens nur zu berücksichtigen, soweit sie erfüllt sind oder nach der Ueberzeugung der über die Unterstützung entscheidenden Stelle von dem Unterhaltspflichtigen erfüllt werden können.

§ 7. Von einer Neufestsetzung der Unterstützung kann abgesehen werden, wenn offenkundig ist oder vom Rentenempfänger glaubhaft versichert wird, daß in den Verhältnissen, die für die Festsetzung der Unterstützung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Aenderung nicht eingetreten ist. Bestehen Zweifel oder ist seit der letzten Festsetzung ein Jahr verflossen, so sind die Tatsachen erneut festzustellen.

Während der Zeit, für die die Unterstützung festgesetzt ist, kann der Rentenempfänger eine Neufeststellung nur beantragen, wenn in den Verhältnissen, die für die Festsetzung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung eingetreten ist. Aus den gleichen Gründen kann die Neufestsetzung von Amts wegen erfolgen.

§ 7a. Die Gemeinden haben die Neufestsetzung der Unterstützungen, die durch die beschränkte Anrechnung der Renten aus der Invalidenversicherung gemäß § 2 Abs. 4 des Gesetzes bedingt wird, spätestens bis zum 1. Oktober 1922 durchzuführen. Ergibt sich bei der Neufestsetzung, daß die Rentenbezüge den Betrag übersteigen, mit dem sie gemäß § 2 Abs. 4 des Gesetzes auf das Gesamtjahreseinkommen anzurechnen sind, so ist der überschießende Betrag dem Rentenempfänger vom 1. August ab als Unterstützung nachzuzahlen.

Bei jeder sonstigen Neufestsetzung einer Unterstützung, die nicht lediglich durch die Vorschrift des § 2 Abs. 4 des Gesetzes bedingt wird, sowie bei Unterstützungen, die erstmalig nach dem 31. Juli 1922 bewilligt werden, sind die Renten aus der Invalidenversicherung mit den im § 2 Abs. 4 des Gesetzes bestimmten Beträgen auf das Gesamtjahreseinkommen sofort anzurechnen.

§ 8. Vor der Festsetzung der Höhe der Unterstützung sollen Personen aus dem Kreise der Versicherten oder der Rentenempfänger jedenfalls dann zugezogen werden, wenn ein Antrag abgelehnt oder auf die Unterstützung Einkommen angerechnet werden sollen.

Sofern die oberste Landesbehörde nichts anderes bestimmt, wählt die Gemeindeverwaltung die zuzuziehenden Personen selbst aus.

§ 9. Auf mehr als drei Monate vom Tage der Antragstellung an gerechnet darf die Unterstützung nicht nachgezahlt werden. Wird der Antrag vor dem 1. Juli 1922 gestellt, so ist die Unterstützung, soweit die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen, vom 1. Oktober 1921 ab zu gewähren.

§ 9a. An Stelle der Anstalt können die Gemeinde oder der Gemeinde- oder Armenverband oder der Träger der Sozialversicherung, die die Kosten der Anstaltsunterbringung tragen, den Zuschuß zum Pflegegelde verlangen, wenn die Anstalt von der ihr nach § 5 Abs. 1 des Gesetzes zustehenden Befugnis trotz Aufforderung keinen Gebrauch macht.

§ 10. Trunksüchtige, die auf Grund des § 120 der RVO. oder des § 45 des Versicherungsgesetzes für Angestellte an Stelle von Geldleistungen Sachleistungen beziehen, erhalten auch die Unterstützung in Form von Sachleistungen.

Soweit Gemeinden oder Gemeindeverbände auf Grund des § 1275 der RVO. bestimmen können, daß Renten statt in bar in Sachen gewährt werden, können sie es auch für die Unterstützung tun.

Auch sonst können die Gemeinden die Unterstützung in Sachen gewähren, wenn der Rentenempfänger zustimmt.

§ 11. Oeffentliche Armenunterstützung oder sonstige öffentliche Fürsorgeleistungen, die nach dem 1. Oktober 1921 bis zur erstmaligen Auszahlung der Unterstützung gewährt worden sind, können auf die für den gleichen Zeitraum zu zahlende Unterstützung angerechnet werden. Sonst ist die Anrechnung öffentlicher Armenunterstützung unzulässig.

§ 11a. Ob eine Gemeinde nicht leistungsfähig im Sinne des § 8 Abs. 3 des Gesetzes ist, wird nach ihrer allgemeinen Finanzlage, insbesondere danach beurteilt, ob sie infolge der Durchführung dieses Gesetzes unverhältnismäßig belastet wird.

Die Entscheidung steht der Gemeinde gegenüber endgültig der obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle zu.

§ 12. In den Fällen, in denen die Rente oder das Ruhegeld ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, ruht oder wegfällt, treten die entsprechenden Wirkungen auch für die Unterstützung ein. Ueber das Vorliegen derartiger Fälle haben die Landesversicherungsanstalten, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und die Ersatzkassen der Gemeinden auf Verlangen Auskunft zu erteilen; neueintretende Fälle sind ihnen jeweils alsbald mitzuteilen.

§ 13. Soll die Auszahlung der Unterstützung an einen Vertreter erfolgen, so hat er die Vertretungsmacht nachzuweisen und auf Verlangen eine Vollmacht vorzulegen, die von einer Person zu beglaubigen ist, welche berechtigt ist, ein öffentliches Siegel zu führen.

§ 14. Alle Verhandlungen und Urkunden, insbesondere Vollmachten und amtliche Bescheinigungen, die bei der Stellung von Anträgen, der Durchführung von Erhebungen und Auszahlungen auf Grund des Gesetzes erforderlich werden, sind gebühren- und stempelfrei.

§ 15. Der Reichsarbeitsminister und, soweit dieser keine Anordnungen trifft, die obersten Landesbehörden, können nähere Anordnungen über die Form der Abrechnung der von den Gemeinden verauslagten Unterstützungsbeträge erlassen.

Die obersten Landesbehörden können bestimmen, daß die Gemeinden über die von ihnen verauslagten Unterstützungsbeträge unmittelbar mit der zuständigen Reichsbehörde abrechnen.

Die Gemeinden sind verpflichtet, dem Reichsarbeitsminister und den obersten Landesbehörden sowie den von ihnen Beauftragten Einsicht in die Unterlagen ihrer Festsetzungen zu gewähren oder sie an die bestimmten Stellen einzusenden.

Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers, betreffend den Wortlaut des Gesetzes über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung.

Vom 29. Juli 1922. (RGBl. S. 675.)

Auf Grund des Artikels VI des Gesetzes über Bezüge von Sozialrentnern vom 18. Juli 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 649) werden die §§ 1 bis 9 des Gesetzes über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und der Angestelltenversicherung vom 7. Dezember 1921 (Reichgesetzbl. S. 1533) — geändert durch die Gesetze über die Unterstützung von Rentenempfängern der Invaliden- und Angestelltenversicherung vom 24. April 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 464) und über Bezüge von Sozialrentnern vom 18. Juli 1922 (Reichsgesetzbl. I S. 649) — in der vom 1. August 1922 ab gültigen Fassung nachstehend bekanntgemacht.

§ 1. — Die Gemeinden sind verpflichtet, deutschen Empfängern von Renten aus der Invalidenversicherung und der Angestelltenversicherung auf Antrag eine Unterstützung nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu gewähren.

§ 2. — Die Unterstützung ist in der Invalidenversicherung nach den Umständen und im Höchstbetrage so zu bemessen, daß das Gesamtjahreseinkommen des Empfängers einer Invaliden- oder Altersrente den Betrag von siebentausendzweihundert Mark, einer Witwen- oder Witwerrente den Betrag von fünftausendsiebenhundert Mark, einer Waisenrente den Betrag von dreitausendzweihundert Mark erreicht.

Entsprechende Unterstützungen sind an Empfänger von Ruhegeld oder Hinterbliebenenrente aus der Angestelltenversicherung zu gewähren, an Witwen jedoch nur, wenn sie invalide im Sinne der Invalidenversicherung (§ 1258 Abs. 2 der RVO.) sind.

Hat der Empfänger Kinder unter fünfzehn Jahren, die nicht auf Grund der RVO., des Versicherungsgesetzes für Angestellte oder des RVG. vom 12. Mai 1920 (Reichsgesetzbl. S. 989) oder anderer MVG. eine Rente beziehen, so erhöht sich die für das Gesamtjahreseinkommen anzurechnende Grenze um fünfhundert Mark für jedes Kind. Für das vierte und jedes weitere Kind beträgt diese Erhöhung sechshundert Mark. Elternlose Enkel unter fünfzehn Jahren, deren Unterhalt der Empfänger der Rente ganz oder überwiegend bestreitet, werden den Kindern unter fünfzehn Jahren gleichgestellt.

Bei Berechnung des Gesamtjahreseinkommens wird für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung die Invaliden- oder Altersrente mit dreitausendvierhundert Mark, die Witwen- oder Witwerrente mit dreitausendzweihundert Mark und die Waisenrente mit eintausendsechshundert Mark angerechnet; darüber hinausgehende Rentenbeträge werden nicht angerechnet. Bei Berechnung des Gesamtjahreseinkommens bleibt das Arbeitseinkommen der Rentenempfänger bis zum Jahresbetrage von viertausend Mark außer Ansatz.

Bis zum Betrage von eintausendzweihundert Mark insgesamt sind auf das Gesamtjahreseinkommen nicht anzurechnen Bezüge auf Grund des RVG. vom 12. Mai 1920 (Reichsgesetzbl. S. 989) oder anderer MVG., aus der knappschaftlichen Versicherung, aus öffentlichen oder privaten Versicherungsunternehmungen, aus privaten Unterstützungseinrichtungen sowie aus Sparguthaben. Die Bezüge der Hinterbliebenen sind hierbei zusammenzurechnen. Einkommen aus Unterstützung durch Angehörige ist auf das Gesamtjahreseinkommen insoweit nicht anzurechnen, als es über die gesetzliche Unterhaltungspflicht oder über vertraglich übernommene Verpflichtungen hinausgeht.

§ 3. — Der Antrag ist bei der Gemeinde des Wohnorts des Rentenempfängers zu stellen. Diese setzt die Höhe der Unterstützung fest, tunlichst unter Zuziehung von Personen aus den Kreisen der Versicherten oder der Rentenempfänger. Als Wohnort gilt der Ort, in welchem sich der Rentenempfänger nicht vorübergehend aufhält, sondern mit der Absicht längeren oder dauernden Verbleibens wohnt.

Gegen die Festsetzung der Unterstützung ist Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zulässig, sie entscheidet endgültig.

Die Finanzbehörden sind verpflichtet, den Gemeinden auf Anfrage Auskunft über die Einkommensverhältnisse der Unterstützungsberechtigten zu geben.

§ 4. — Die Unterstützung wird von der Gemeinde des Wohnorts an den Empfänger in monatlichen oder wöchentlichen Teilbeträgen im voraus gezahlt. Die zu zahlenden Beträge sind auf volle Mark aufzurunden.

§ 5. — Erhält der Rentenempfänger in einer Anstalt (Invalidenheim, Altersheim und dergleichen) Wohnung und Verpflegung, so ist an seiner Stelle die Anstalt berechtigt, innerhalb der aus § 2 Abs. 1 sich ergebenden Einkommensgrenze Zuschüsse zum Pflegegeld zu verlangen, die aber nur bis zu drei Vierteln der Gesamtbezüge des Rentenempfängers beansprucht werden können.

Steht der Rentenempfänger außerhalb seines Heimatorts in Anstaltspflege oder auf fremde Kosten in Familienpflege, so ist für die Gewährung der Unterstützung diejenige Gemeinde zuständig, in welcher der Rentenempfänger vor dem Eintritt der Pflege gewohnt hat.

§ 6. — Die Gemeinden können die den Unterstützungsberechtigten gegen Dritte zustehenden Unterhaltsansprüche verfolgen.

§ 7. — Das Reich ersetzt den Gemeinden achtzig vom Hundert der von ihnen verauslagten Unterstützungsbeträge.

Die Gemeinden melden die erstattungsfähigen Beträge monatlich bei der obersten Landesbehörde an und erhalten von ihr auf Antrag Vorschüsse darauf. Der Reichsarbeitsminister überweist den obersten Landesbehörden auf Antrag den hierfür erforderlichen Monatsbedarf.

§ 8. — Die Reichsregierung ist ermächtigt, mit Zustimmung des Reichsrats nähere Vorschriften zur Durchführung des Gesetzes zu erlassen. Sie kann auch mit Zustimmung des Reichsrats bestimmen, daß statt der Gemeinden andere Stellen mit der Durchführung des Gesetzes betraut werden.

Soweit derartige Anordnungen nicht ergangen sind, können die obersten Landesbehörden sie mit Zustimmung des Reichsarbeitsministers treffen.

Die obersten Landesbehörden können auch bestimmen, daß an die Stelle der Gemeinden Gemeindeverbände treten. Für nicht leistungsfähige Gemeinden hat das Land oder nach dessen Bestimmung ein Gemeindeverband oder eine sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechtes mit Zuschüssen einzutreten.

§ 9. — Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats bestimmen, daß die Vorschriften dieses Gesetzes auf fremde Staatsangehörige, die im Inland ihren Wohnort (§ 3 Abs. 1 Satz 3) haben, Anwendung finden. Auch kann der Reichsarbeitsminister oder die von ihm beauftragte Stelle einem Deutschen, der sich im Ausland aufhält, eine entsprechende Zulage zubilligen; die Kosten hierfür trägt das Reich.

C. Zur Krankenversicherung.

Sind auf anhängige Ansprüche auf Wochenfürsorge die neuen Verfahrensvorschriften anzuwenden? — Zum Begriffe „minderbemittelt“.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts v. 21. März 1922 (2704 Amtl. Nachr. S. 359).

Für das Verfahren bei dem zwischen den Parteien bestehenden Streite über den Anspruch der Klägerin auf Wochenfürsorge gilt die Vorschrift des § 23 Abs. 1 des Gesetzes vom 26. September 1919 in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920, wonach die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Verfahren bei Streitigkeiten aus der Krankenversicherung Anwendung zu finden haben. Das Verfahren bei Geltendmachung von Ansprüchen auf Wochenfürsorge ist durch die Vorschriften des Artikels III Ziffer 3 und 5 des Gesetzes, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189), inzwischen allerdings neu geregelt worden. Danach ist der Antrag auf Wochenfürsorge bei dem Versicherungsamte zu stellen. Dieses hat die nach § 17 des Gesetzes vom 29. Juli 1921 erforderlichen Feststellungen vorzunehmen und auf seine Anweisung hat die Krankenkasse die Auszahlung auszuführen. Gegen die vom Versicherungsamte getroffene Entscheidung ist die Beschwerde an das zur endgültigen Entscheidung berufene Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) gegeben. Diese neuen verfahrensrechtlichen Vorschriften, die am 6. August 1921 in Kraft getreten sind, können aber auf das Verfahren über den hier streitigen Anspruch noch keine Anwendung finden. Sie betreffen nur diejenigen Ansprüche, die, wie es neuerlich in dem Gesetze vom 29. Juli 1921 vorgesehen ist, sich unmittelbar gegen das Reich als Leistungspflichtigen richten, für das die Krankenkasse lediglich die Auszahlung bewirkt. Dagegen läßt das Gesetz nicht erkennen, daß das neue Verfahren auch für Ansprüche, die nach dem bisherigen Rechte gegen die Kasse als Partei zu richten waren und noch vor dem Inkrafttreten des Gesetzes vom 29. Juli 1921 rechtshängig geworden sind, gelten solle. Ueber den vorliegend im Streite befindlichen Anspruch ist daher noch nach dem bisherigen Verfahrensrechte, d. h. im Spruchverfahren, zu entscheiden. Sachlich hängt die Entscheidung davon ab, ob die Klägerin als minderbemittelt im Sinne des § 17 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge in der Fassung vom 22. Mai 1920 anzusehen ist. Dies ist, sofern nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Beihilfe nicht benötigt wird, nach den Worten des Gesetzes dann der Fall, wenn das Gesamteinkommen der Klägerin und ihres Ehemanns „in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung“ den Betrag von 4500 Mark nicht überstiegen hat. Der Wortlaut läßt Zweifel darüber, ob diese Voraussetzung bereits erfüllt ist, wenn das Einkommen in einem der beiden bezeichneten Zeiträume nicht höher als 4500 Mark gewesen ist oder ob es weder in dem Jahre noch in dem Steuerjahre diesen Betrag überschritten haben darf. Bei zwangloser Auslegung erscheint die ersterwähnte, mildere Auffassung gerechtfertigt. Das Gesetz macht den Anspruch auf Wochenfürsorge davon abhängig, daß das Einkommen der Wöchnerin einen

bestimmten Betrag nicht überschritten hat. Diese Voraussetzung kann in dem Jahre oder in dem Steuerjahre vor der Entbindung erfüllt werden. Eine andere Absicht des Gesetzes hätte durch die in der Gesetzessprache für derartige Fälle übliche Fassung: „in dem Jahre und in dem Steuerjahre" oder „weder in dem Jahre noch in dem Steuerjahre" erkennbar gemacht werden müssen. Für die mildere Auslegung spricht aber auch die wohlwollende Stellung, die der Gesetzgeber im allgemeinen den Wöchnerinnen gegenüber eingenommen hat, und in deren Sinne es eher liegt, die Möglichkeit des Erwerbes eines Anspruchs auf Wochenfürsorge zu erleichtern, als sie durch eine Häufung von Voraussetzungen zu erschweren. Damit steht auch die amtliche in der Norddeutschen Allgemeinen Zeitung vom 25. April 1915, 1. Ausgabe (abgedruckt bei Güthe-Schlegelsberger, Kriegsbuch, II. Band S. 349) erschienene Erläuterung zu § 2 Abs. 2 der Bekanntmachung, betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges vom 23. April 1915 (RGBl. S. 257), aus der § 17 Abs. 2 des Gesetzes vom 29. Juli 1921 hervorgegangen ist, im Einklang. Da vorliegend das Einkommen des Ehemanns der Klägerin im Jahre vor der Entbindung den Betrag von 4500 Mark überstiegen hat, so kommt es hiernach noch darauf an, ob dieser Betrag auch in dem Steuerjahre vor der Entbindung überschritten ist. Dabei sind unter dem Einkommen im Steuerjahre vor der Entbindung die gesamten geldwerten Einkünfte der Klägerin und ihres Ehemanns, die in dem der Entbindung vorausgehenden Steuerjahre tatsächlich erzielt worden sind, zu verstehen (zu vergl. auch Revisionsentsch. 2596, Amtl. Nachr. des RVA. 1920 S. 404) und nicht etwa dasjenige Einkommen, mit dem die Eheleute „für" dieses Steuerjahr, also nach Maßgabe des Einkommens in dem diesem Steuerjahre vorausgegangenen Jahre, zur Steuer veranlagt worden sind. Das hiernach maßgebende Einkommen hat das Versicherungsamt nicht ermittelt. Darin aber liegt eine unzureichende Sachaufklärung, die die Aufhebung des angefochtenen Urteils und die Zurückverweisung der Sache an das Versicherungsamt rechtfertigt.

Anmerkung: Das RVA. erachtet noch die alten Verfahrensvorschriften für anwendbar, weil das Gesetz nicht erkennen lasse, daß das neue Verfahren auch für bereits anhängige Ansprüche gelten solle. Das ist unrichtig. Verfahrensvorschriften beanspruchen grundsätzlich sofortige Anwendung auch auf anhängige Sachen, wenn das Gesetz nicht anders bestimmt. Zu vgl. ArbVers. 1921 S. 519 Ziff. 7 und S. 599 Ziff. 2.

Zu beachten ist im übrigen der durch Sperrdruck hervorgehobene Satz der Begründung, der den Ausführungen von Hahn hier S. 289 ff., 337 ff. gegen Hoffmann S. 305 entspricht.

Beantwortung von Anfragen.

Den Beziehern der „Arbeiter-Versorgung" erteilen wir Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet gegen eine der fortschreitenden Geldentwertung angemessene und von Fall zu Fall festzusetzende Vergütung bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung dazu oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Die Veröffentlichung an dieser Stelle behalten wir uns vor.

Beschränkung der Familienhilfe auf „Ehefrauen" (statt „Ehegatten") der Versicherten? Anordnung einer Aenderung durch das Oberversicherungsamt?

1. Nach Lauf. Antwort: Die Satzung kann allerdings den Kreis der zum Bezuge von Familienhilfe berechtigten Angehörigen der Versicherten frei näher bezeichnen. Wenn aber die Satzung Familienhilfe in Gestalt von Krankenpflege für „Ehefrauen" der Versicherten, also nicht auch für den Ehemann einer Versicherten zubilligt, so liegt darin nicht nur eine Beschränkung des Kreises der zum Bezuge berechtigten Personen, sondern auch der Ausschluß eines Teiles der Versicherten von dem Anspruch auf Familienhilfe, den andere Versicherte in gleichliegenden Fällen haben. Die versicherten Ehefrauen, die hiernach keinen Anspruch auf Familienkrankenhilfe für ihre Ehemänner haben, sind im Nachteil gegen die versicherten Männer, die bei Erkrankung der Frau Anspruch auf Familienhilfe haben. Mit Recht erblickt das Oberversicherungsamt hierin eine die Gleichberechtigung aller Kassenmitglieder verletzende Beschränkung, die nicht genehmigt werden durfte (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2b zu § 205). Daraus folgt aber nicht, daß das Oberversicherungsamt die Genehmigung der Satzung mit der Maßgabe aussprechen durfte, daß das Wort „Ehefrauen" durch „Ehegatten" ersetzt werden sollte. Denn es hat nach dem Gesetze nur die Macht, die Satzungsbestimmung zu genehmigen oder zu versagen. Die Kasse hatte, wenn die Satzungsbestimmung so wie sie lautete, mit dem Gesetze nicht vereinbar war, zwei Möglichkeiten der Abhilfe: sie konnte die Bestimmung entweder im Sinne des Oberversicherungsamts ändern oder aber auch die Ehefrauen der Versicherten aus dem Kreise der zum Bezuge der Familienhilfe berechtigten Angehörigen ausscheiden. Dieser zweiten Möglichkeit würde die Kasse durch die vom Oberversicherungsamt getroffene positive Anordnung beraubt. Hierzu war das Oberversicherungsamt nicht berechtigt. Seine Entscheidung unterliegt daher der Anfechtung durch Beschwerde.

Versicherungspflicht eines Selbständigen bei Ausübung einer Beschäftigung gegen Entgelt. — Allerlei über Wochenhilfe.

2. Nach Darmstadt. Antwort: a) Der „Untererheber" ist in dieser seiner Eigenschaft als gegen Entgelt beschäftigter Gehilfe nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. versicherungspflichtig, obgleich er zugleich Weinbergsbesitzer ist und aus diesem Besitz ein wesentlich höheres Einkommen hat als aus jener Beschäftigung. Nur wenn man ihn als Angestellten in gehobener Stellung ansehen könnte (wofür Ihre Angaben keinen Anhalt bieten), würde die Versicherungspflicht zu verneinen

sein, weil die Dienststellung nicht seinen Hauptberuf bildet (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.)

b) An die Stelle des § 205 RVO. sind schon nach § 10 der Bek. v. 22. 5. 20 (ArbVers. S. 348) die §§ 205a bis 205d getreten. Die Bestimmung des früheren § 205 Ziff. 2, wonach die Satzung „Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen" zubilligen konnte, ist hierdurch aufgehoben. Infolgedessen kann Familienwochenhilfe jetzt nicht mehr nach einer kürzeren Wartezeit als von sechs Monaten (zu vgl. § 208 RVO.) gewährt werden; eine Satzungsbestimmung, die von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht hatte, hat ihre Gültigkeit verloren. Maßgebend für die Familienwochenhilfe ist jetzt ausschließlich § 205a, wonach der Anspruch voraussetzt, daß der Versicherte im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate versichert war.

c) Nach § 195a Ziff. 2 RVO. sind, wenn eine Entbindung nicht stattfindet, als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden 50 Mk. zu zahlen. Dabei ist an solche Fälle zu denken, in denen eine Fehlgeburt stattgefunden hat oder die Frucht erweislich bereits im Mutterleibe abgestorben ist usw. Daraus und aus dem Zusammenhange mit dem vorangegangenen ersten Halbsatz der Ziff. 2 ist zu entnehmen, daß es sich immer nur um einen einmaligen Beitrag von 50 Mk. handeln kann.

d) Wenn die Entbindung unter der Herrschaft des neuen Gesetzes erfolgt ist, gelten die neuen Sätze für das Wochengeld auch, soweit dieses auf die Zeit vor der Entbindung entfällt. (Zu vgl. hier, Heft 5 S. 78 Ziff. 3.)

c) Der Inhalt des § 205c RVO. ist Ihnen nur deshalb unerklärlich, weil Sie übersehen haben, daß der darin angeführte § 1542 RVO. durch § 25 der Bekanntm. v. 22. 5. 20 (ArbVers. S. 348) einen einschränkenden Abs. 2 erhalten hat.

Keine Vermögensauseinandersetzung einer Allgemeinen Ortskrankenkasse mit einer neuen Knappschaftskasse.

3. **Nach Passau.** Antwort: Die Forderung des Bayerischen Landesknappschaftsvereins ist unbegründet. Knappschaftliche Krankenkassen sind nicht Krankenkassen im Sinne der RVO.; sie sind im § 225 RVO nicht aufgezählt. Allerdings finden auf sie auch einzelne Bestimmungen der RVO. Anwendung. Welche diese sind, ergeben die §§ 495 ff RVO. Hierunter finden sich die Vorschriften über Vereinigung, Auflösung, Schließung und Ausscheidung von Krankenkassen nicht. Sie entsprechend auf Kassen, die auf Grund Landesrechtes errichtet sind, anzuwenden, ist nicht angängig. Hierzu hätte es einer besonderen Vorschrift bedurft.

Bezahlung von „Nahrungsmittelattesten" durch die Kasse.

4. **Nach Breslau.** Frage: Ein Vorstandsmitglied unserer Kasse hat angeregt, daß die Zusatz-Nahrungsmittelatteste von unserer Kasse bezahlt werden möchten, um den Kassenmitgliedern die Ausgaben hierfür zu ersparen. Wir ersuchen um Mitteilung, welchen Standpunkt Sie zu dieser Frage einnehmen.

Antwort: Die Frage ist nicht recht klar. Es handelt sich vermutlich darum, ob die Kasse die Kosten eines ärztlichen Zeugnisses bezahlen darf oder sogar muß, wonach ein kranker Versicherter eines bestimmten Nahrungsmittels bedarf. Wenn ein solches Nahrungsmittel nach den Umständen des Falles zur Heilung oder Milderung des Leidens erforderlich ist, so daß die Kasse es als „Heilmittel" nach § 182 RVO. gewähren muß, oder wenn die Satzung nach § 193 Abs. 2 RVO. auch „andere als kleinere Heilmittel, insbesondere Krankenkost" zubilligt, so bildet das Verschreiben des Nahrungsmittels (die Bescheinigung der Notwendigkeit) durch den Arzt einen Teil der ärztlichen Behandlung. Dann muß die Kasse auch die Kosten der ärztlichen Bescheinigung tragen (zu vgl. Entsch. des RVA. 2400 Amtl. Nachr. 1917 S. 640, Arb.-Vers. 1918 S. 94).

Voraussetzungen und Dauer der Kinderrente nach § 588 RVO.

5. **Nach Cassel.** Frage: Nach § 588 RVO. haben die Kinder eines infolge Unfalles Verstorbenen Anspruch auf Rente bis zum 15. Lebensjahre. Dieser gleiche Anspruch besteht im Falle der §§ 592, 594 bei vorhandener Bedürftigkeit. Wir bitten um Auskunft, ob die Unfallversicherung nicht auch für solche Kinder einzutreten hat, die infolge Krankheit auch über das 15. Lebensjahr hinaus der Unterstützung bedürfen, sich also nicht selbst ernähren können. Die in Frage kommenden Paragraphen besagen darüber nichts, obwohl ein derartiger Anspruch unseres Erachtens der Billigkeit entspräche.

Antwort: Die §§ 592 bis 594 RVO. stellen die Berechtigten ungünstiger als § 588; denn sie stellen besondere Voraussetzungen für den Anspruch auf, darunter durchweg die Bedürftigkeit. Wenn insbesondere die Enkelrente nach § 594 „für die Dauer der Bedürftigkeit bis zum vollendeten fünfzehnten Lebensjahre" gewährt wird, so bedeutet das, daß die Rente schon vor Vollendung dieses Alters wegfällt, wenn keine Bedürftigkeit besteht. Die Kinderrente nach § 588 dagegen wird, ganz unabhängig von der Bedürftigkeit, bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gewährt, endet aber in diesem Zeitpunkt auch ganz unabhängig davon, ob das Kind bedürftig ist oder nicht.

Bezug von Krankengeld neben Wochengeld für die Zeit vor der Niederkunft.

6. **Nach Schrobenhausen.** Antwort: a) Die am 11. Juli 1922 entbundene und am 16. Juli verstorbene Versicherte war in der Zeit vom 6. bis 13. Juni sowie vom 1. Juli bis zu ihrem Tode krank und arbeitsunfähig. Sie hatte daher Anspruch auf Krankengeld für die Zeit vom 6. bis 13. Juni und vom 1. Juli bis zu ihrer Niederkunft am 15. Juli, von da ab aber Anspruch auf Wochengeld, neben welchem nach § 195a Abs. 2 RVO. Krankengeld für die Zeit nach der Niederkunft nicht gewährt wird. Für die Zeit vor der Niederkunft kann an sich die Zahlung von Krankengeld und Wochengeld in Frage kommen. Ein Anspruch auf diese Doppelleistung besteht aber nur, wenn die Kasse von der sich aus § 195a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. ergebenden Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, von den 10 Wochen des Wochengeldbezugs vier in die Zeit vor der Niederkunft zu verlegen. Eine Pflicht hierzu besteht für die Kasse nicht.

b) Die Kosten ärztlicher Behandlung wegen Schwangerschaftsbeschwerden gehören nach § 195a Abs. 1 Ziff. 1 RVO. zur Wochenhilfe (nicht zur Krankenhilfe nach §§ 182 ff) und sind demgemäß zu verrechnen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel. – Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Gh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1367 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. Oktober 1922 | Heft 29

Zur Beitreibung der Krankenkassenbeiträge.

Von Wirklichem Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Wie nach dem Krankenversicherungsgesetz, so werden auch nach der Reichsversicherungsordnung die Beiträge zur Krankenversicherung wie Gemeindeabgaben beigetrieben. Diese Vorschrift hat die Bedeutung, daß nicht nur die Beitreibung in dem für die Beitreibung der Gemeindeabgaben vorgeschriebenen Verfahren zu erfolgen hat, sondern auch die materiellen Vorschriften der Landesgesetze über die Beitreibung der Gemeindeabgaben anzuwenden sind. Demgemäß ist auch hier der Gemeindevorstand Vollstreckungsbehörde, der das Beitreibungsverfahren leitet und seine Vollziehungsbeamten verwendet. In Preußen sind die Vorschriften der Verordnung, betr. das Verwaltungszwangsverfahren wegen Beitreibung von Geldbeiträgen vom 15. November 1899 (Ges. Samml. S. 545) in der Fassung der Verordnung vom 18. März 1904 (Ges. Samml. S. 36) vom 24. August 1915 (Ges. Samml. S. 127), vom 27. August 1917 (Ges. Samml. S. 87), vom 11. Februar 1918 (Ges. Samml. S. 8), vom 1. Oktober 1919 (Ges. Samml. S. 153), vom 29. April 1921 (Ges. Samml. S. 381), vom 11. Mai 1922 (Ges. Samml. S. 226), und vom 28. August 1922 (Ges. Samml. S. 284) in Verbindung mit der Ausführungsanweisung vom 27. November 1899, abgeändert durch Erlasse vom 4. Juli 1904 (Min.-Bl. d. H. u. Gew. Verw. S. 438), vom 20. Juli 1912 (Min.-Bl. d. Hand. u. Gew. Verw. S. 506), und vom 22. Oktober 1921 (Fin. Min. Bl. 1922, S. 255) anzuwenden. Die Krankenkassen haben sich demnach wegen der Beitreibung von Kassenbeiträgen jedesmal an den für den Wohnort oder Betrieb des Zahlungspflichtigen zuständigen Gemeindevorstand zu wenden, der das weitere veranlaßt. Daraus ergeben sich naturgemäß Weitläufigkeiten und viele Schreibereien, so daß der Wunsch verständlich ist, den Krankenkassen selbst die Beitreibung zu überlassen und die Gemeindebehörden von dieser Geschäftslast zu befreien. In gewissem Umfang ist diesem Verlangen schon gelegentlich der ersten Aenderung des Krankenversicherungsgesetzes durch die Novelle vom 10. April 1892 (RGBl. S. 379) insofern Rechnung getragen, als durch Anfügung eines Absatzes 3 an den § 55 des Krankenversicherungsgesetzes den Krankenkassen die Einführung eines besonderen gebührenpflichtigen Mahnverfahrens gestattet wurde. Diese Vorschrift lautete:

„Sofern nach Gemeindebeschluß oder Kassenstatut der Einleitung des Beitreibungsverfahrens ein Mahnverfahren vorangeht, kann von Arbeitgebern, welche die Eintrittsgelder und Beiträge nicht zum Fälligkeitstermine eingezahlt haben, eine Mahngebühr erhoben und wie die Rückstände beigetrieben werden. Die Festsetzung des Betrages der Mahngebühr unterliegt der Genehmigung der Aufsichtsbehörde."

Ueber Zweck und Bedeutung dieser Vorschrift war in der Begründung (S. 65) folgendes ausgeführt:

„Außerdem soll dem § 55 ein weiterer Zusatz hinzugefügt werden, durch welchen die Gemeinden und Kassen ermächtigt werden, für den Fall der Einführung des Mahnverfahrens eine Mahngebühr zu erheben. Es wird dadurch in vielen Fällen die Einziehung rückständiger Beiträge ohne Einleitung des umständlicheren und kostspieligeren Beitreibungsverfahrens ermöglicht werden. Um der Erhebung unverhältnismäßig hoher Gebühren vorzubeugen, soll

die Festsetzung des Betrages an die Genehmigung der Aufsichtsbehörde gebunden sein."

Die hier ausgesprochene Erwartung hat sich in vollem Umfange erfüllt, denn es ist durch das Mahnverfahren der Krankenkassen eine wesentliche Minderung der Zahl der Beitreibungsverfahren herbeigeführt worden. Infolgedessen hat auch die Reichsversicherungsordnung das besondere Mahnverfahren der Krankenkassen beibehalten, indem für alle Versicherungsträger gleichmäßig vorgeschrieben ist, daß die Satzung des Versicherungsträgers bestimmen kann, daß, sofern es nicht bereits landesgesetzlich vorgeschrieben ist, dem Beitreibungsverfahren ein Mahnverfahren vorangehen soll. Wie das Reichsversicherungsamt in der grundsätzlichen Entscheidung vom 17. Juni 1916 (Amtl. Nachr. S. 642) zutreffend ausgeführt hat, ist durch die von dem Wortlaut des § 55 Abs. 3 KVG. abweichende Fassung eine Aenderung des früheren Rechtszustandes nicht herbeigeführt worden. Die Eingangsworte des § 28 Abs. 2 RVO. „soweit es nicht bereits landesgesetzlich vorgeschrieben ist" bezögen sich nicht auf Mahnungen, die von der Vollstreckungsbehörde ausgingen und als Voraussetzung der Zwangsvollstreckung einen Teil des auf Antrag des Gläubigers stattfindenden Beitragsverfahrens bildeten.

Diese immerhin nicht unbeträchtliche Erleichterung bei der Beitreibung der Krankenkassenbeiträge erschien aber den Beteiligten nicht ausreichend. Es sollte noch ein Schritt weitergegangen und den Krankenkassen die volle Unabhängigkeit von den Gemeindebehörden bei der Beitreibung der Krankenkassenbeiträge ermöglicht werden. Zu dem Zwecke wurde in die Reichsversicherungsordnung (§ 404 Abs. 4) folgende Vorschrift aufgenommen: „Die Gemeindeaufsichtsbehörde kann die geschäftsleitenden Beamten nach Anhören der Kasse als Vollstreckungsbeamte bestellen."

Da der Vorschrift eine Begründung nicht beigegeben ist, auch Ausführungsbestimmungen dazu nicht erlassen wurden, so entstanden alsbald über die Tragweite der Vorschrift in der Praxis Zweifel. Insbesondere wurde darüber gestritten, ob unter dem Ausdruck „Vollstreckungsbeamte" die Vollstreckungsbehörden oder nur die Vollziehungsbeamten im Sinne der Verordnung vom 15. November 1899 zu verstehen seien (S. Mugdan in Arb.-Vers. 1912 S. 761; Hoffmann, ebenda, 1914, S. 455 und in Ortskrankenkasse 1915 S. 562, Grunow in Ortskrankenkasse 1915 S. 835, Pallas, daselbst, 1915 S. 555, Reidel in Monatsschrift für Arb.- und Angest.-Vers. 1915 Sp. 732; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 4 zu § 404, Stier-Somlo, Kommentar z. RVO. I. Bd., Anm. 5 zu § 404). Trotz aller Meinungsverschiedenheiten über die zutreffende Anwendung des § 404 Abs. 4 RVO. herrschte doch darüber Uebereinstimmung, daß sowohl zu Vollstreckungsbehörden als auch zu Vollziehungsbeamten nur Angestellte ernannt werden dürften, denen die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten auf Grund des § 359 Abs. 4 RVO. übertragen seien, da Amtshandlungen in Frage ständen, die sonst nur von Staatsbeamten vorgenommen würden und ihrer äußeren und inneren Bedeutung nach nur von Personen mit Beamtencharakter durchgeführt werden könnten.

Als daher durch die Verordnung über die Wahl des Vorstandsvorsitzenden bei den Ortskrankenkassen und über die Kassenangestellten vom 5. Februar 1919 (RGBl. S. 181) mit der Aufhebung des Absatzes 4 des § 359 RVO. die Befugnis der obersten Verwaltungsbehörde zur Verleihung der Rechte und Pflichten der staatlichen und gemeindlichen Beamten und Kassenangestellten, die auf Lebenszeit und Anrecht auf Ruhegehalt angestellt waren, beseitigt worden war, war es nur ein folgerichtigter Vorgang, wenn für Preußen durch Erlaß vom 18. Februar 1919 (Min. Bl. d. Hand. u. Gew.Verw. S. 46) angeordnet wurde, daß die vorgenommenen Bestellungen von Beamten der Krankenkassen zu Vollstreckungsbeamten hinfällig geworden und daher alsbald wieder zurückzunehmen seien, und daß neue Bestellungen nicht mehr vorgenommen werden dürften. Bei dieser Anordnung verblieb es auch, als durch Gesetz über Landkrankenkassen, Kassenangestellte und Ersatzkassen vom 28. Juni 1919 (RGBl.

S. 615) die Beseitigung der Verleihungsbefugnis insofern wieder rückgängig gemacht wurde, als den Angestellten, denen die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten bis zum 12. Februar 1919 verliehen worden waren oder die mit der Zusicherung einer künftigen Verleihung dieser Rechte und Pflichten vor diesem Zeitpunkt aus dem Staats- oder Gemeindedienst in die Beschäftigung bei einer Krankenkasse übernommen waren, die Möglichkeit der Wiedererlangung der Rechte und Pflichten oder auch ihrer Verleihung eröffnet wurde, da bei der in der Oeffentlichkeit immer wiederkehrenden Behauptung, daß die Angestellten der Krankenkassen auf die Verleihung der Rechte und Pflichten keinen Wert legten und auf die Beamteneigenschaft gern verzichteten, nicht angenommen werden konnte, daß so gut wie ausnahmslos alle Beamten, die bis zu dem erwähnten Zeitpunkt die Rechte und Pflichten staatlicher oder gemeindlicher Beamten besessen hatten, ihre Wiederverleihung beantragen würden.

Inzwischen hat der § 404 Abs. 4 RVO durch Gesetz über Aenderungen der Reichsversicherungsordnung vom 21. Juli 1922 (RGBl. S. 654) folgende Fassung erhalten: „Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, daß das Versicherungsamt nach Anhören der Kasse die geschäftsleitenden Angestellten als Vollstreckungsbeamte und sonstige Angestellte der Kasse als Vollziehungsbeamte bestellen darf." — Diese Aenderung beruht zwar auf einem Antrag aus der Mitte des Reichstags, immerhin ist die Vorschrift aus dem dem Reichstag unter dem 21. Mai 1921 vorgelegten Entwurf eines Gesetzes über Aenderungen der Reichsversicherungsordnung (Drucksache des Reichstags Nr. 2137) entnommen. Somit sind auch die Ausführungen zu beachten, durch die die Neuerung in der Begründung gerechtfertigt wird, zumal bei der Beratung des Antrages von einem Regierungsvertreter gleichlautende Erklärungen abgegeben worden sind (s. Sten. Ber. d. Reichstags 1920/22 S. 8516). In der Begründung heißt es:

„§ 404 Abs. 4 RVO. in seiner bisherigen Fassung erteilt der Gemeindeaufsichtsbehörde die Befugnis, die geschäftsleitenden Beamten nach Anhören der Kasse als Vollstreckungsbeamte zu bestellen. Nach Landesrecht (!) ist aber Voraussetzung für die Ausübung der Befugnisse eines Vollstreckungsbeamten die Eigenschaft als unmittelbarer und mittelbarer Staatsbeamter. Diese Eigenschaft findet sich jetzt nach Erlaß der Bekanntmachung vom 3. Februar 1919 (RGBl. S. 191) und des Gesetzes vom 28. Juni 1919 (RGBl. S. 615) nur noch bei einem verhältnismäßig kleinen Teil der Kassenangestellten. Es dient aber dem Nutzen sowohl der Gemeinden wie der Krankenkassen, wenn die Beitreibung der Rückstände von den Angestellten der letzteren vorgenommen werden kann. Diese Möglichkeit wird jetzt durch Reichsrecht geschaffen. Mit der Aufgabe der Vollstreckungsbehörden sollen die geschäftsleitenden mit denjenigen der Vollziehungsbeamten die sonstigen Angestellten der Kassen betraut werden können. Die Anordnung hierüber wird zweckmäßiger der Versicherungsbehörde als der Gemeindeaufsichtsbehörde übertragen. Da nach einer Umfrage bei den Regierungen ein Bedürfnis nach dieser Maßnahme nicht in allen Ländern gleichmäßig besteht, kann es den obersten Verwaltungsbehörden überlassen bleiben, ob für ihr Gebiet davon Gebrauch zu machen ist."

Die Absicht der neuen Vorschrift geht also nicht nur dahin, die Zweifelsfrage, ob unter Vollstreckungsbeamten sowohl die Vollstreckungsbehörden als auch die Vollziehungsbeamten zu verstehen sind, zu entscheiden, vielmehr soll auch das Erfordernis der Beamteneigenschaft sowohl für die Vollstreckungsbeamten, die die Vollstreckungsbehörde bilden und an die Stelle des Gemeindevorstandes treten, als auch für die Vollziehungsbeamten, denen die Durchführung der einzelnen Zwangsvollstreckungen obliegt, fortfallen.

Wie schon bei den Erörterungen über die Bedeutung des früheren § 404 Abs. 4 RVO. in der ursprünglichen Fassung hervorgehoben wurde, bedeutet die Vorschrift eine Ausnahme von der Vorschrift des § 28 Abs. 2 RVO., aber nur in dem Sinne, daß an die Stelle der Gemeindebehörden als Vollstreckungsbehörden die geschäftsleitenden Beamten der Krankenkassen und an die Stelle der gemeindlichen Vollziehungsbeamten Angestellte der Krankenkassen treten. Dagegen wird an dem Verfahren, in dem die Beitreibung der Krankenkassenbeiträge zu erfolgen hat, nichts geändert. Es gilt daher in Preußen noch uneingeschränkt die Verordnung vom 15. November 1899. Diese beruht auf § 5 des Ausführungsgesetzes zur Zivilprozeßordnung, welcher lautet:

„Die Vorschriften der Zivilprozeßordnung über die Wirkungen der Pfändung finden entsprechende Anwendung auf die auf Grund einer Entscheidung oder Anordnung der zuständigen Verwaltungsbehörde eines Verwaltungsgerichts, einer Auseinandersetzungsbehörde oder eines solchen Instituts, denen die Befugnis zur Zwangsvollstreckung zusteht, bewirkten Pfänder. Die anderweite Regelung des Verfahrens der Zwangsvollstreckung wegen Geldforderungen aus den im ersten Absatz bezeichneten Entscheidungen oder Anordnungen erfolgt im Anschluß an die Vorschriften der Zivilprozeßordnung durch königliche Verordnung."

Wie bei der Zwangsvollstreckung nach der Zivilprozeßordnung die Zwangsvollstreckung einen Beamten in der Person des Gerichtsvollziehers voraussetzt, so ist auch in der Verordnung über das Verwaltungszwangsverfahren die Durchführung der Zwangsvollstreckung in der Form der Pfändung einem Vollziehungsbeamten zu übertragen, der selbstredend ein Beamter sein muß. Deshalb ist auch überall in der Verordnung nur von Beamten die Rede. Eine andere Regelung dahin, daß eine nicht beamtete Person, also ein gewöhnlicher Privatmann, die Pfändung übernehmen könnte, ist undenkbar, weil der Verkauf des Pfandes, der zur Befriedigung des Gläubigers vorgenommen wird, (§ 1235 BGB.) nur im Wege der öffentlichen Versteigerung bewirkt werden kann. Nach § 383 Abs. 3 BGB. muß aber eine öffentliche Versteigerung durch einen für den Versteigerungsort bestellten Gerichtsvollzieher oder zu Versteigerungen befugten anderen Beamten oder öffentlich angestellten Versteigerer vorgenommen werden. Da zu keiner dieser Kategorien der nicht beamtete Kassenangestellte gehört, so ist er auch zur Vornahme der öffentlichen Versteigerung nicht befugt. Der Kasse würden aus einem solchen Verkauf Schadenersatzansprüche erwachsen. Hiernach muß als ausgeschlossen gelten, daß ein Versicherungsamt von der obersten Verwaltungsbehörde ermächtigt wird, andere Angestellte als solche, welche im Besitz der Rechte und Pflichten staatlicher oder gemeindlicher Beamten sind, mit Aufgaben der Zwangsvollstreckung zu beauftragen.

Aber auch andere Erwägungen sprechen gegen die Zulässigkeit, nicht beamtete Personen zu Vollziehungsbeamten zu bestellen. Bei der Pfändung handelt es sich um einen so schwerwiegenden Eingriff in die Eigentumsverhältnisse des Schuldners, daß dieser eine ausreichende Sicherheit für den ordnungsmäßigen Verlauf der Pfändung in der Person des Exekutors verlangen kann. Diese Sicherheit ist dem Schuldner jedenfalls in erhöhtem Maße gegeben, wenn der Pfändende ein Beamter im Sinne des Strafgesetzbuches ist. Dazu gehören nach § 359 StGB. jedoch nur solche Personen, welche im Dienste des Reichs oder im unmittelbaren oder mittelbaren Dienste eines Bundesstaates auf Lebenszeit, auf Zeit oder nur vorläufig angestellt sind, ohne Rücksicht darauf, ob sie einen Diensteid geleistet haben. Da die Krankenkassen keine Behörden sind, so sind auch ihre Angestellten keine mittelbaren Staatsbeamten. Diese können demnach zu den Beamten im Sinne des § 359 StGB. jedenfalls dann nicht gerechnet werden, wenn sie nicht im Besitze der Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten sind. Sonst finden die Vorschriften des Strafgesetzbuches über Verbrechen und Vergehen im Amte keine Anwendung. Insbesondere gilt auch nicht die Vorschrift des § 352 StGB., wonach ein Beamter, welcher Steuern, Gebühren oder andere Abgaben für die Kasse zu erheben hat, mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft wird, wenn er Abgaben, von denen er weiß, daß der Zahlende sie überhaupt nicht oder nur in geringerem Betrage verschuldet, erhebt und das rechtswidrig Erhobene ganz oder zum Teil nicht zur Kasse bringt. Aber auch im Interesse des pfändenden Angestellten liegt es, daß er gegenüber einem nicht sachgemäßen Verhalten des zu Pfändenden hinreichend geschützt ist. Da bei ihm ein Widerstand gegen die Staatsgewalt in Ermangelung seiner Beamteneigenschaft nicht in Frage kommt und die ihm zugefügten Beleidigungen oder Tätlichkeiten nicht als qualifizierte Vergehen im Sinne des Strafgesetzbuchs gelten können, so ist die Ausführung der Zwangsvollstreckung für ihn eine schwierige und unerquickliche Aufgabe, die unter Umständen gegenüber einem aufsässigen Schuldner gar nicht durchführbar sein wird.

Nun könnte eingewendet werden, daß die Angestellten **durch die Bestellung** zu Vollstreckungsbehörden und Vollziehungsbeamten Beamte würden. Demgegenüber ist zunächst zu beachten, daß wenigstens in Preußen grundsätzlich besondere Vollstreckungsbehörden nicht üblich sind, sondern daß nur vorhandene Behörden oder Beamte als Vollstreckungsbehörden verwendet werden. Die Einreihung besonderer Vollstreckungsbehörden in die Behördenorganisation wäre nicht möglich, ebenso wie es für die Beamten, die weder mittelbare noch unmittelbare Staatsbeamten wären, an einem Beamtenrecht fehlen würde. Es wäre danach die besondere Regelung der Verhältnisse erforderlich, die um so eher abgelehnt werden würde, als die Kosten der Vollstreckungsbehörden und Vollziehungsbeamten in diesem Falle dem Staate zur Last fallen würden. Aber selbst wenn diese Schwierigkeiten überwindbar wären, würden schließlich durch die Bestellung zu Vollstreckungsbehörden und Vollziehungsbeamten weitaus mehr Kassenangestellte zu Beamten werden, als bei Durchführung des § 359 Abs. 4 RVO. zulässig war. Danach würde sich die oberste Verwaltungsbehörde, die von der ihr im § 404 Abs. 4 RVO in der neuen Fassung übertragenen Befugnis weitgehenden Gebrauch macht, mit den gesetzgeberischen Absichten in Widerspruch setzen, die zur Aufhebung des § 359 Abs. 1—4 RVO. geführt haben. Den Angestellten selbst, deren Interessenvertretung nicht oft genug versichern kann, daß kein Kassenangestellter auf die Bamteneigenschaft Wert lege, würde mit der Bestellung kein Gefallen getan werden.

Schon bei Erörterung über die Tragweite des § 404 Abs. 4 RVO. in der früheren Fassung ist darauf hingewiesen, daß bei Uebertragung der Zwangsvollstreckung auf Kassenangestellte, die den Landesbehörden sonst vorbehaltene Aufsicht über das Verwaltungszwangsverfahren auf die Instanzen der Reichsversicherung übergehen werde, was nicht sachgemäß sei. Diese Folgerung wird in Ausführung des § 404 Abs. 4 RVO. in der jetzigen Fassung in erhöhtem Maße eintreten, wenn das Versicherungsamt die Anstellung übernimmt. Da das Versicherungsamt nach § 377 RVO. auch die Aufsicht über die Tätigkeit der Angestellten führt, so gelten seine Anordnungen, die es bei Beaufsichtigung der Kassenangestellten als Vollstreckungsbehörde oder Vollziehungsbeamte trifft, als Entscheidungen im Sinne der Reichsversicherungsordnung (s. Begründung z. RVO. S. 517), die mit der Beschwerde nach §§ 1791 ff. RVO. beim Oberversicherungsamt und an letzter Stelle beim Reichsversicherungsamt angefochten werden können. Damit wäre die Aufsicht der Landesbehörden völlig ausgeschaltet, ganz abgesehen davon, daß hier den Behörden der Reichsversicherung Aufgaben zufielen, die mit ihrer sonstigen Tätigkeit keine Berührung haben und sich auch sonst nicht für sie eignen.

Nach alledem muß festgestellt werden, daß die mit der Aenderung des § 404 Abs. 4 RVO. beabsichtigte Wirkung, auch nicht beamtete Kassenangestellte in der Zwangsvollstreckung zu verwenden, nicht erreicht werden wird. Solange die Krankenkassen keine Behörden und die Kassenangestellten keine mittelbaren Staatsbeamten sind, läßt sich den Gemeindebehörden die Zwangsbeitreibung der Kassenbeiträge nicht abnehmen. Eine wesentliche Vereinfachung würde nach Lage der Gesetzgebung nur in der Weise herbeigeführt werden können, daß Kassenangestellte, denen die Rechte und Pflichten der Beamten übertragen sind, zu Vollziehungsbeamten der Gemeindebehörden bestellt werden und daß durch Vereinbarung mit den Gemeindebehörden eine Vereinfachung in der geschäftlichen Behandlung der Beitreibungsangelegenheiten herbeigeführt werden wird. Bei gutem Willen wird auf diesem Wege eine erhebliche Entlastung der Gemeindebehörden von der Zwangsbeitreibung der Krankenkassenbeiträge herbeigeführt werden. Schließlich wird aber bei dem allmählichen Aussterben der Kassenangestellten, die im Besitz der Rechte staatlicher oder gemeindlicher Beamten sind, auch diese Erleichterung aufhören.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Anwendung des Besoldungssperrgesetzes auf die Angestellten der Krankenkassen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 26. Juli 1922 (III V. 1954).

Der Herr Reichsminister der Finanzen hat in Abweichung von dem bisher geübten Verfahren beschlossen, das Besoldungssperrgesetz gegenüber den Krankenkassenangestellten in einem beschränkteren Umfange anzuwenden. Es sollen im Hinblick auf eine weitere Stellungnahme des Herrn Reichsministers der Justiz künftig nur noch diejenigen Kassenangestellten den Vorschriften des Sperrgesetzes unterliegen, welche lebenslänglich oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Angestellte auf Kündigung sollen nur dann als Beamte im Sinne des Sperrgesetzes gelten, wenn sie ein Anrecht auf Pension haben, das ihnen im Falle einer Kündigung erhalten bleibt und ihnen nur dann verloren geht, wenn die Kündigung aus Gründen erfolgt, die auch in einem Disziplinarverfahren gegen Beamte den Verlust des Pensionsanspruches rechtfertigen würden. Soweit das Anrecht auf Pension erst nach Ablauf einer bestimmten Dienstzeit entsteht, sind die Angestellten erst von diesem Zeitpunkte ab als Beamte im Sinne des Sperrgesetzes anzusehen.

Meine bezüglich der Anwendung des Sperrgesetzes auf die Krankenkassenangestellten ergangenen Erlasse, insbesondere vom 13. Januar, 19. Januar und 26. September 1921 (Volkswohlfahrts-Min.-Bl. S. 63, 87, 477), erfahren nunmehr eine den vorstehenden Gesichtspunkten entsprechende Einschränkung. Die Einsprüche des Herrn Ministers der Finanzen gegen die Besoldungsregelungen von Krankenkassen werden gleichfalls entsprechend eingeschränkt oder zurückgenommen werden.

Bei der Genehmigung von Besoldungsverordordnungen für Kassenangestellte, auf welche die eben umschriebenen Voraussetzungen nicht zutreffen, ist lediglich nach den Vorschriften der §§ 355, 356 der Reichsversicherungsordnung zu verfahren, und es sind, soweit Tarifverträge vorliegen, die Erlasse des Herrn Reichsarbeitsministers vom 26. November 1919 und vom 20. April 1920 nebst Schreiben vom 26. März 1920, mitgeteilt durch meine Erlasse vom 9. Dezember 1919 — IIIa 146 und 4. Juni 1920 — III V. 582 — zu berücksichtigen. gez. Hirtsiefer.

Die vorstehend bezeichneten Kundgebungen des Reichsarbeitsministers lauten:

Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 26. November 1919 (II 6118):

Die Vorschrift der RVO. über die Erteilung der Genehmigung zu den Dienstordnungen der Krankenkassen ist durch die Verordnung über Tarifverträge, Arbeiter- und Angestelltenausschüsse und Schlichtung von Arbeitsstreitigkeiten vom 23. Dezember 1918 (RGBl. S. 1456) nicht aufgehoben. § 1 dieser Verordnung geht davon aus, daß ein Tarifvertrag geschlossen ist. Bestimmungen darüber, unter welchen Voraussetzungen ein rechtsgültiger Tarifvertrag abgeschlossen werden kann, enthält § 1 überhaupt nicht. Für diese Frage gelten die bestehenden besonderen Bestimmungen privat- und öffentlich-rechtlicher Natur, für Krankenkassen also die besonderen Einschränkungen des § 355 der RVO. Die einheitliche Handhabung der Genehmigung innerhalb der einzelnen Bundesstaaten ist durch das Recht der Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde gemäß § 355 Abs. 4 RVO. gewährleistet. Andererseits wird auch nach meinem Dafürhalten, soweit möglich, Sorge dafür zu tragen sein, daß die für Kassenangestellte abgeschlossenen Tarifverträge in ihrer Wirksamkeit nicht dadurch beeinträchtigt werden, daß das Oberversicherungsamt die Genehmigung zu dem in der Dienstordnung einer Krankenkasse enthaltenen Besoldungsplan (§§ 353, 355 Abs. 3 der RVO.) versagt. Zu diesem Zwecke halte ich es im Einvernehmen mit dem Preußischen Ministerium für Handel und Gewerbe für empfehlenswert, bei der Vorbereitung von Tarifverträgen die Oberversicherungsämter in geeigneter Form zu beteiligen, um so die für den Abschluß örtlicher Tarifverträge zuständigen Stellen von vornherein über die Stellungnahme der Oberversicherungsämter zu den in dem Tarifvertrage vorgesehenen Besoldungssätzen zu unterrichten. Den Krankenkassen-Hauptverbänden werde ich entsprechende Mitteilung machen; ebenso werde ich die übrigen Landesregierungen von meiner Stellungnahme in Kenntnis setzen. Ob bei Gelegenheit der bevorstehenden Revision der Reichsversicherungsordnung die Angelegenheit zu regeln ist, bleibt der Prüfung vorbehalten.

Schreiben des Reichsarbeitsministers vom 26. März 1920 (II 877, 2. Ang.):

Die Frage des Verhältnisses der Tarifverträge zu der Aufgabe der Versicherungsbehörden, die Dienstordnungen der Angestellten nach der RVO. zu genehmigen (§ 355 Abs. 3, § 700 Abs. 2 RVO.), ist hier unter Zuziehung von Vertretern des Reichsversicherungsamtes und des Preußischen Wohlfahrtsministeriums nochmals eingehend geprüft worden. Diese Beratung vermochte nichts an der Auffassung zu ändern, daß jenes Genehmigungsrecht weder durch die VO. über Tarifverträge usw. vom 23. Dezember 1918 (RGBl. S. 1456), noch durch das Betriebsrätegesetz vom 4. Februar 1920 (RGBl. S. 147) berührt worden ist. Wenn in der dortigen Eingabe eine Anweisung an die Versicherungsämter gewünscht wird, so ist darauf hinzuweisen, daß die Genehmigung der Dienstordnung für die Kassenangestellten nicht Sache der Versicherungsämter ist, sondern nach § 355 Abs. 3 RVO. den Oberversicherungsämtern zusteht. Diese haben innerhalb der gesetzlichen Grenzen nach eigenem pflichtmäßigem Ermessen zu entscheiden; gegen die Versagung der Genehmigung entscheidet auf Beschwerde im Einzelfall die oberste Verwaltungsbehörde (§ 355 Abs. 4 a. a. O.). Der Erlaß allgemeiner An-

weisungen seitens der vorgesetzten Behörde würde daher nicht dem Gesetz entsprechen.

In der Sache selbst wird allerdings ein vorgängiges Einvernehmen der beim Tarifabschluß beteiligten Parteien mit den Oberversicherungsämtern da schwer herbeizuführen sein, wo es sich um einen Reichstarif handelt. Gleichwohl dürfte die Besorgnis wegen etwaiger aus der Handhabung des Genehmigungsrechts erwachsender Unzuträglichkeiten kaum begründet sein. Was zunächst den § 355 der Reichsversicherungsordnung betrifft, so sind hier dem Ermessen des Oberversicherungsamts bei Versagung der Genehmigung enge Grenzen gezogen. Denn es darf die Genehmigung nur versagen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere wenn Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Mißverhältnisse zu ihren Aufgaben steht. Im allgemeinen wird aber angenommen werden dürfen, daß bei einer für das ganze Reichsgebiet getroffenen Vereinbarung zwischen den Kassenorganen oder den sie vertretenden Verbänden einerseits und den Kassenangestellten oder den sie vertretenden Verbänden andererseits die Schaffung solcher Mißverhältnisse vermieden wird. Dies wird jedenfalls dann der Fall sein, wenn bei den Anstellungs- und Besoldungsbedingungen der Kassenangestellten tunlichst diejenigen gleichartiger Gemeindebeamten zur Richtschnur dienen. Zweifellos werden die Oberversicherungsämter, auch, ohne daß es dieserhalb einer besonderen Anregung der obersten Verwaltungsbehörden bedarf, bei der Beanstandung von Dienstordnungen, deren Bestimmungen auf der Grundlage eines Reichstarifs aufgebaut worden sind, mit der nötigen Vorsicht vorgehen. . . .

Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 20. April 1920.

Der Umstand, daß Kassenangestellte die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten besitzen, dürfte nach meinem Dafürhalten allerdings nicht dazu zwingen, eine völlige Gleichstellung mit den betreffenden Beamten auch hinsichtlich der Gehaltsbezüge zu erfordern. Wohl aber bin auch ich der Ansicht, daß die Besoldung von Kassenangestellten überhaupt, d. h. also auch soweit sie jene Rechte nicht besitzen, tunlichst in Uebereinstimmung mit der Besoldung gleichartiger gemeindlicher Beamten des betreffenden Bezirks zu regeln sein wird. Die Reichsversicherungsordnung hat die ganzen Verhältnisse der Kassenangestellten in vielen Beziehungen ähnlich geordnet wie diejenigen der gemeindlichen Beamten. Genießen mithin die Kassenangestellten einen im allgemeinen gleichwertigen Schutz, so ist die Forderung nicht unbillig, daß ihre Bezüge in der Regelung nicht weit über diejenigen der kommunalen Beamten hinausgehen sollen.

B. Zur Krankenversicherung.

Verordnung über Versicherungspflicht in der Krankenversicherung.

Vom 14. September 1922 (RGBl. I S. 737).

Auf Grund des Gesetzes über Aenderung von rungspflicht in der Krankenversicherung vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 504) wird mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten folgendes verordnet:

§ 1. — Im § 165 Abs. 1 Nr. 6 und Abs. 2, im § 577 Abs. 1 und im § 1084 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes über Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 9 Juni 1922 (RGBl. I S. 497) wird das Wort „zweiundsiebzigtausend" durch das Wort „zweihundert undviertausend" ersetzt.

§ 2. — Wer in der Zeit seit dem 7. Juli 1922 wegen Ueberschreitens der Verdienstgrenze von zweiundsiebzigtausend Mark aus seiner Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse ausgeschieden ist, kann bei dieser Kasse binnen zwei Monaten nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung die Wiederaufnahme als Mitglied gemäß § 313 der Reichsversicherungsordnung beantragen, sofern er beim Ausscheiden zur Weiterversicherung berechtigt war und nicht jetzt nach § 1 versicherungspflichtig ist.

Die Kasse kann den Berechtigten, wenn er sich zum Beitritt meldet, ärztlich untersuchen lassen. Eine Erkrankung, die beim Wiedereintritte bereits besteht, begründet für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistung.

Wer einer Ersatzkasse angehört und auf Grund der Vorschrift des § 1 in einer knappschaftlichen Krankenkasse versicherungspflichtig wird, weil sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst zweiundsiebzigtausend Mark übersteigt, kann von der Versicherungspflicht bei der knappschaftlichen Krankenkasse befreit werden, wenn er es bei ihr binnen zwei Monaten nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung beantragt. Dem Antrag muß stattgegeben werden, wenn die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse bereits länger als sechs Monate bestanden hat.

§ 3. — Sind Personen, deren regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst mehr als zweiundsiebzigtausend Mark, aber nicht mehr als zweihundertundviertausend Mark beträgt, vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung trotz Ueberschreitens der für ihre Versicherungspflicht maßgebenden Verdienstgrenze von ihrer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse weiter wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt worden, so kann diese Mitgliedschaft nachträglich nicht mehr angefochten werden. Dies gilt auch für solche Fälle, in denen beim Inkrafttreten dieser Verordnung ein Streitverfahren schwebt.

§ 4. — Für Mitglieder von Ersatzkassen, die wegen Ueberschreitens der Verdienstgrenze von zweiundsiebzigtausend Mark aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, ihr aber infolge dieser Verordnung wieder unterstellt werden, bedarf es für das Ruhen der Rechte und Pflichten bei ihrer Krankenkasse keines Antrags. Voraussetzung ist, daß diese Rechte und Pflichten bis zu jenem Ausscheiden bereits geruht haben, daß der Krankenkasse dieser Umstand bei der Meldung mitgeteilt wird und daß das Mitglied in der Zwischenzeit weder die Ersatzkasse noch den Arbeitgeber gewechselt hat.

§ 5. — Die Frist zur Meldung derjenigen Beschäftigten, welche durch die Vorschrift des § 1 der Versicherungspflicht neu unterstellt werden, wird bis zum Ablauf eines Monats nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung erstreckt, soweit die Frist nicht nach § 317 der Reichsversicherungsordnung darüber hinausläuft. Die Meldung kann wirksam schon vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung geschehen.

§ 6. — Die Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Anm.: Tag der Verkündung ist der 22. September 1922. Die §§ 1, 2, 3 und 5 dieser Verdg. entsprechen — abgesehen von der Aenderung der Zahlen (§§ 1, 3) — den §§ 1 bis 4 des Ges. v. 9. 6. 22 (hier, Heft 20 S. 310). Der § 4 der vorstehenden Vrdg. ist neu.

Verordnung über Grundlöhne bei den Krankenkassen.

Vom 12. September 1922 (RGBl. I S. 724).

Auf Grund des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 501) wird mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten folgendes verordnet:

§ 1. Im § 180 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes über Grundlöhne und Vorstandswahl bei den Krankenkassen vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 498) werden das Wort „sechzig" durch das Wort „einhundertundachtzig" und das Wort „einhundertundzwanzig" durch das Wort „fünfhundert" ersetzt.

§ 2. Einer Satzungsänderung wegen der Erhöhung des Grundlohns nach § 1 bedarf es bis zu einer weiteren gesetzlichen Aenderung **des** § 180 der Reichsversicherungsordnung nur, wenn auch die bisher bei der Kasse bestehenden Mitgliederklassen oder Lohnstufen geändert werden sollen. Die nicht hierunter fallenden Aenderungen des Grundlohns hat inzwischen der Kassenvorstand festzusetzen; eines Beschlusses des Kassenausschusses bedarf es nur, wenn die Höchstgrenze des Grundlohns über einhundertundachtzig Mark, bei Kassen aber, bei denen die Höchstgrenze bisher schon sechzig Mark überstieg, wenn die Höchstgrenze über zweihundertundvierzig Mark hinaufgesetzt werden soll.

Mitglieder, deren Grundlohn danach die bisher bei der Kasse vorgeschriebene Höchstgrenze übersteigt, haben auf die ihrem neuen Grundlohn entsprechenden höheren Kassenleistungen von dem vierzehnten Tage nach Beginn der Krankheit, frühestens jedoch vom Tage des Inkrafttretens der Satzungsänderung oder des Vorstandsbeschlusses (Abs. 1) ab auch in Versicherungsfällen Anspruch, die beim Inkrafttreten der Satzungsänderung oder des Vorstandsbeschlusses bereits eingetreten sind.

§ 3. Für Beschäftigte, die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse verpflichtet sind und für die nach diesen Vorschriften ein höherer Grundlohn in Betracht kommt als der bisherige höchste Grundlohn ihrer Kasse, haben die Arbeitgeber der Kasse binnen vier Wochen nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung die zur Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen.

Zuwiderhandlungen werden gleich Zuwiderhandlungen gegen § 318 der Reichsversicherungsordnung bestraft.

§ 4. Diese Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Anm.: Tag der Verkündung ist der 15. September 1922. — Die §§ 1 bis 3 der Verordnung entsprechen den §§ 1 bis 4 des Gesetzes v. 9. 6. 22 (hier, Heft 20 S. 311), jedoch mit der im § 1 und im § 2 Abs. 2 durch Sperrdruck hervorgehobenen Neuerungen.

Der Erstattungsanspruch der leistungspflichtigen Kasse (§ 197 RVO.) umfaßt nicht Mehrleistungen aus § 205a Abs. 2 Satz 2.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts v. 10. Januar 1922 (2703 Amtl. Nachr. S. 357).

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt ist gerechtfertigt. Für die Frage, ob die Revision ausgeschlossen ist, kommt bei Erstattungs- und Ersatzansprüchen zwar nicht, wie das Oberversicherungsamt annimmt, § 1695 RVO., sondern ausschließlich § 1778 a. a. O. in Betracht (zu vergl. Entsch. 2410, Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 168). Im Ergebnis trifft aber die Annahme des Ausschlusses der Revision im vorliegenden Falle nach § 1778 Abs. 1 zu. Auch handelt es sich um eine noch nicht entschiedene grundsätzliche Frage, nämlich darum, ob die beteiligten Kassen der leistungspflichtigen Kasse bei Familienwochenhilfe Mehrleistungen zu erstatten haben, die nach § 205a Abs. 2 Satz 2 gewährt worden sind. Diese Frage war mit den Vorinstanzen zu verneinen. Der die Erstattungsansprüche regelnde § 197 a. a. O. bezieht sich zunächst nur auf die Leistungen der Wochenhilfe an Versicherte nach den §§ 195a ff. Er gilt aber gemäß § 205a Abs. 4 entsprechend für die Familienwochenhilfe. Die „entsprechende" Anwendung muß dazu führen, daß die im § 197 für den Erstattungsanspruch aufgestellten Grundsätze in gleicher Weise auch für die im einzelnen abweichenden Vorschriften der Familienwochenhilfe gelten. Nach § 197 beschränkt sich die Erstattungspflicht auf die Leistungen aus den §§ 195a, 195c, 196. Weggelassen ist § 195b, der in Abs. 1 und 2 die Mehrleistungen der Versichertenwochenhilfe nach Dauer und Höhe der Leistungen umfaßt. Diese Weglassung kann nur dahin gedeutet werden, daß bei der Erstattung von Versichertenwochenhilfe Mehrleistungen der leistungspflichtigen Kasse nicht berücksichtigt werden sollen (ebenso Krause, Wochenhilfegesetz v. 22. Mai 1920, Anm. 7 zu § 197, Hoffmann, Erläuterungen zum Wochenhilfegesetz, Anm. 3 zu § 197). Infolge der entsprechenden Anwendungen nach § 205a Abs. 4 ist dieser Grundsatz auf die Erstattung von Leistungen der Familienwochenhilfe zu übertragen. Für diese sieht § 205a Abs. 2 Satz 2 besondere Mehrleistungen vor, wonach die Satzung den Betrag des Wochengeldes und des Stillgeldes je bis auf die Hälfte des Krankengeldes der Versicherten erhöhen kann. Die Anführung des § 195b in § 205a Abs. 4 legt die Annahme nahe, daß bei der Familienwochenhilfe neben den Mehrleistungen des § 205a Abs. 2 Satz 2 und über sie hinaus auch die Mehrleistungen des § 195b Abs. 1 und 2 zulässig sein sollen. Ob das zutrifft, oder ob die Erwähnung des § 195b sich nur auf dessen dritten Absatz beziehen und die Regelung der Mehrleistungen der Familienwochenhilfe in § 205a Abs. 2 Satz 2 erschöpfend sein soll, kann hier dahingestellt bleiben. Jedenfalls wird hiervon der Grundsatz nicht berührt, daß auch bei der Familienwochenhilfe Mehrleistungen nicht zu erstatten sind. Wenn die Klägerin die Mehrleistungen nach § 205a Abs. 2 Satz 2 erstattet wissen will, die Mehrleistungen nach § 195b aber nicht, so hat eine solche Unterscheidung

keine innere Berechtigung. Richtig ist allerdings, daß die ersteren Mehrleistungen sich in bescheidenen Grenzen halten und die Leistungen der Familienwochenhilfe nur den Regelleistungen der Versichertenwochenhilfe annähern. Dieser Umstand allein gibt aber noch keinen Grund zu ihrer abweichenden Behandlung. Vielmehr ist nicht einzusehen, warum der Gesetzgeber gewünscht haben sollte, daß bei der Familienwochenhilfe Mehrleistungen, und seien es auch nur die geringfügigen des § 205 a Abs. 2 Satz 2, erstattet würden, während bei der Versichertenwochenhilfe ihre Erstattung grundsätzlich ausgeschlossen bleibt. Wenn die Klägerin ferner ausführt, bei Zulassung der Erstattung der Mehrleistungen nach § 205 a Abs. 2 Satz 2 könne keine Unbilligkeit für die erstattungspflichtige Kasse eintreten, weil diese nach dem zweiten Absatz des § 197 ja höchstens bis zu dem Betrage herangezogen werden dürfe, den sie zu gewähren gehabt hätte, wenn sie selbst leistungspflichtig gewesen wäre, so trifft auch das nicht zu. § 197 Abs. 2 setzt für den Erstattungsanspruch einen Höchstbetrag fest. Dieser würde bei der Verpflichtung, auch Mehrleistungen zu erstatten, häufig erreicht, selbst wenn der Versicherte bei der erstattungspflichtigen Kasse während des letzten Jahres nur verhältnismäßig kurze Zeit versichert war. Das wäre aber unbillig, weil dann die erstattungspflichtige Kasse nur für diese kurze Zeit Beiträge erhalten hat, während, wenn sie allein leistungspflichtig gewesen wäre, ihr auch mindestens für das ganze letzte Jahr die Beiträge zugeflossen wären. Ebensowenig kann für den Umfang der Erstattungspflicht der Kassen der Umstand herangezogen werden, daß das Reich bei Erstattung der Hälfte der Kassenleistungen nach § 205 d a. a. O. die Mehrleistungen des § 205 a Abs. 2 Satz 2 berücksichtigt (zu vergl. Bescheid des Reichsarbeitsministeriums vom 2. Dezember 1920 — II A 7914 — abgedruckt in der Arbeiter-Versorgung 1921 S. 5). Die Gesichtspunkte, die für die Erstattung durch das Reich maßgebend sind, lassen sich nicht ohne weiteres auf das Verhältnis der Kassen untereinander anwenden. Endlich ist auch die Entsch. 2146 (Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 350) nicht für die gegenteilige Ansicht zu verwerten. Diese Entscheidung befaßt sich mit der Auslegung des § 197 in der alten Fassung, wonach lediglich der Betrag des Wochengeldes zu erstatten war. Wenn jene Entscheidung ausführt, aus den Worten, daß der „Betrag des Wochengeldes" zu erstatten sei, folge unzweideutig, daß ausschließlich das von der leistungspflichtigen Kasse tatsächlich gewährte, also das nach ihrer Satzung berechnete Wochengeld die Unterlage der Verteilung bilde, gleichgültig, ob in diesem Betrag etwa Mehrleistungen enthalten seien, so ist damit nicht gesagt, daß Mehrleistungen an Wochengeld zu erstatten wären. Solche kannte die Reichsversicherungsordnung früher überhaupt nicht, vielmehr war das Wochengeld nach § 195 stets in Höhe des Krankengeldes zu zahlen. Dagegen konnten und können auch nach der neuen gesetzlichen Regelung in dem Wochengeld insofern Mehrleistungen enthalten sein, als für das der Berechnung des Wochengeldes zugrunde liegende Krankengeld Mehrleistungen vorgesehen sind. Solche auf die Höhe des Wochengeldes mittelbar wirkende Mehrleistungen waren früher und sind auch jetzt zu erstatten. Sie haben aber nichts gemein mit den neuerdings in den §§ 195 b, 205 a Abs. 2 Satz 2 eingeführten unmittelbaren Mehrleistungen an Wochengeld und Stillgeld, die nach § 197 nicht erstattungsfähig sind. Zu dem gleichen Ergebnis gelangt Krause, Wochenhilfegesetz vom 22. Mai 1920, Anm. 19 e zu § 205 a; anderer Ansicht die Auskunft in der Arbeiter-Versorgung 1921 S. 120 Ziffer 11.

C. Zur Unfallversicherung.

Verordnung über Ausdehnung der Zulagen in der Unfallversicherung.

Vom 29. Juli 1922. (RGBl. S. 672)

Auf Grund des § 9 des Gesetzes über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 28. Dezember 1921 (Reichsgesetzbl. 1922, S. 7) wird mit Zustimmung des Reichsrats bestimmt:

§ 1. — Die Vorschriften des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 finden bis auf weiteres auf fremde Staatsangehörige Anwendung, die seit dem 1. Januar 1921 ununterbrochen in Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

§ 2. — Die Träger der Unfallversicherung können auf Antrag nach billigem Ermessen Deutschen, die sich im Ausland aufhalten, Zulagen auf Grund des Gesetzes vom 28. Dezember 1921 ganz oder teilweise gewähren. Wird der Antrag abgelehnt, so kann auf Beschwerde die Aufsichtsbehörde die Gewährung der Zulage anordnen.

§ 3. — Die Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 1922 in Kraft.

§ 4. — Das RVA. kann näheres über die Durchführung der Verordnung und über das Verfahren bestimmen.

Verordnung über Erhöhung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung.

Vom 12. September 1922 (RGBl. I S. 724).

Auf Grund des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 504) wird mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten folgendes verordnet:

§ 1. In dem § 544 Abs. 1 Nr. 2, § 548 Nr. 3, § 550 Abs. 1, 2, § 896, § 923 Abs. 1 Nr. 2, § 925 Nr. 2, § 927 Abs. 1, 2 und den §§ 1063, 1170 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung der Artikel I, II des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung vom 13. April 1922 (RGBl. I S. 458) wird das Wort „einhundertfünfzigtausend" durch das Wort „dreihunderttausend" ersetzt.

§ 2. In dem § 563 Abs. 2, § 732 Abs. 2, § 939, § 1017 Abs. 2 und den §§ 1073, 1079, 1170 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung der Artikel I, II des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung vom 13. April 1922 (RGBl. I S. 458) wird das Wort „sechsunddreißigtausend" durch das Wort „neunzigtausend" ersetzt.

§ 3. Im § 586 Abs. 1 Nr. 1 und im § 1097 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels III des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung vom 13. April 1922 (RGBl. I S. 458) wird das Wort „eintausend" durch das Wort „dreitausend" ersetzt.

§ 4. Im § 612 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels IV des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung vom 13. April 1922 (RGBl. I S. 458) wird das Wort „sechshundert" durch das Wort „eintausendzweihundert" ersetzt.

§ 5. Im § 720 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels VI des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Unfallversicherung vom 13. April 1922 (RGBl. I S. 458) wird in Zeile 2 und 5 das Wort „fünfzigtausend" je durch das Wort „einhunderttausend" und in Zeile 3 das Wort „einhunderttausend" durch das Wort „zweihunderttausend" ersetzt.

§ 6. Die Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Die Aenderungen des § 563 Abs. 2, § 586 Abs. 1 Nr. 1, der §§ 939, 1063, 1073, 1079, 1097 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gelten für alle Unfälle, die sich nach dem 31. August 1922 ereignet haben oder noch ereignen werden, mit der Maßgabe, daß bei der Berechnung der Leistungen auch die vor dem Inkrafttreten der Verordnung bezogenen Entgelte nach den neuen Vorschriften berücksichtigt werden.

Das Reichsversicherungsamt bestimmt, wieweit die Aenderungen des § 732 Abs. 2, § 1017 Abs. 2, § 1170 der Reichsversicherungsordnung bei der Umlegung der Aufwendungen des Jahres 1922 zu berücksichtigen sind.

§ 7. Das Reichsversicherungsamt kann Näheres über die Durchführung der Verordnung und das Verfahren bestimmen.

Anm.: Tag der Verkündung ist der 15. September 1922.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Verordnung über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung.

Vom 12. September 1922 (RGBl. I S. 725).

Auf Grund des Artikels VI des Gesetzes über vorläufige Umgestaltung der Angestelltenversicherung vom 11. Juni 1922 (RGBl. I S. 505) wird mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten folgendes verordnet:

Art. I. Im § 1 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) in der Fassung des Gesetzes über vorläufige Umgestaltung der Angestelltenversicherung vom 11. Juni 1922 (RGBl. I S. 505) wird das Wort „hunderttausend" ersetzt durch „dreihunderttausend".

Art. II. Für Neuversicherte gelten die §§ 396, 395 bis 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte mit der Maßgabe, daß die Fristen vom Inkrafttreten dieses Artikels ab laufen.

Art. III. Den Wiederversicherten werden die Kalendermonate der Zwischenzeit als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte angerechnet.

Wenn ein solcher Angestellter von dem Rechte der freiwilligen Versicherung nach § 15 des Versicherungsgesetzes für Angestellte für die zurückliegende Zeit, während der er nicht versicherungspflichtig war, Gebrauch macht oder Gebrauch gemacht hat, so gelten die freiwilligen Beiträge, die er für diese Zeit entrichtet hat oder gültig nachentrichtet, als Pflichtbeiträge im Sinne des § 48 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, nicht dagegen im Sinne des § 398. Die freiwillige Versicherung hat die Wirkung der Pflichtversicherung nur insoweit, als ihre Beiträge mindestens in der Gehaltsklasse des letzten Pflichtbeitrages vor jenem Ausscheiden des Angestellten aus der Versicherungspflicht und im Falle des § 177 mindestens in derjenigen Gehaltsklasse, deren Beitrag diesem Pflichtbeitrag am nächsten liegt, entrichtet sind oder gültig nachentrichtet werden.

Art. IV. Neuversicherte werden auf Grund des § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der Versicherungspflicht rückwirkend auf den Tag ihres Beginns befreit, wenn der Befreiungsantrag bis einschließlich 31. Oktober 1922 beim Rentenausschuß oder der Reichsversicherungsanstalt eingeht, und bereits zu dem früheren Zeitpunkt die gesetzlichen Voraussetzungen für die Befreiung im übrigen vorlagen.

Art. V. Die Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. September 1922 ab in Kraft.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1922 Nr. 6 S. 61 ff.)

Nr. 522. Die für eine nicht feststehende zurückliegende Zeit nachträglich gezahlte einmalige Beschaffungsbeihilfe ist bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes (§ 1 Abs. 3 des VGfA.) nicht zu berücksichtigen.

Nr. 523. Die Vorschrift des § 228 Abs. 3 des VGfA. findet — unbeschadet der Wirkung des § 23 a. a. O. — auch im Falle des § 63 a. a. O. in der Weise Anwendung, daß nicht der Leibrentenanspruch als solcher, sondern der Anspruch auf die jeweils fällig werdenden Rentenleistungen der Verjährung unterliegt.

Nr. 524. Im Falle des § 382 des VGfA. beschränkt sich der Erstattungsanspruch aus § 362 a. a. O. für die Zeit der Zugehörigkeit zur Ersatzkasse im Höchstfalle auf die eigenen satzungsmäßigen Beitragsanteile.

Nr. 525. Innerhalb der Jahresfrist des § 208 des VGfA. ist die Unwirksamkeit von Beiträgen auch ohne besondere Beanstandungserklärung der RfA., also von Amts wegen zu berücksichtigen.

Nr. 526. Ist ein an sich versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zwar über den 30. November 1920 hinaus fortgesetzt, aber bereits vorher von der Angestellten gekündigt worden und steht zur Zeit der Entscheidung fest, daß die Angestellte eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht weiter ausüben wird, so ist die Beschäftigung bis zum 30. November 1920 als versicherungsfrei im Sinne der Bekanntmachung über die Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) anzusehen.

Nr. 528. Ein bei einem Dentisten beschäftigter Zahntechniker, der zum Zwecke seiner Ausbildung als Dentist bei der operativen Behandlung Zahnkranker zugezogen wird, ist nicht versicherungspflichtig nach dem VGfA.

Nr. 529. Ist eine weibliche Person infolge Verheiratung aus ihrer bisherigen Beschäftigung ausgeschieden, so wird ihr Erstattungsanspruch nach § 62 VGfA. nicht dadurch ausgeschlossen, daß zur Zeit ihres Ausscheidens ihr Jahresarbeitsverdienst die damals für die Begründung der Versicherungspflicht erforderliche Höchstgrenze überschritten hat, sofern dieser Jahresarbeitsverdienst sich innerhalb der Höchstgrenze des demnächst in Kraft getretenen, die Versicherungspflicht erweiternden Gesetzes gehalten hat. Insoweit wird der in Sachen S. — P. 70/21 — am 27. April 1921 ausgesprochene Grundsatz (zu vgl. AVN. 1921 S. 230 Nr. 501) eingeschränkt.

Nr. 530. 1. Unterläßt es der Versicherte, auf die Beitragsentrichtung durch den Arbeitgeber hinzuwirken, so ist darin ein in der Person des Versicherten liegender Grund im Sinne des § 10 Abs. 1 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 (RGBl. S. 1144) regelmäßig nicht zu erblicken.

2. Ein unter der Herrschaft des Gesetzes vom 31. Mai 1920 (RGBl. S. 1144) gestellter Antrag auf Leistung aus der AV. enthält zugleich den Antrag auf Aufrechterhaltung der Anwartschaft im Sinne des § 10 Abs. 1 des bezeichneten Gesetzes.

Nr. 532. Ist ein Versicherter im Laufe des Krieges von einer Ersatzkasse zur Reichsversicherungsanstalt übergegangen und dann zum Kriegsdienst eingezogen worden, so ist § 1 der Bekanntmachung vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) anwendbar. Für die Anrechnung ist in entsprechender Anwendung des § 2 Abs. 1 dieser Bekanntmachung der letzte Pflichtbeitrag maßgebend, der vor dem Antritt des Kriegsdienstes geleistet worden ist.

Sprechsaal.

Kann die Satzung der Krankenkasse als Familienhilfe auch Krankenhauspflege vorsehen?

Das Oberversicherungsamt Hannover hat die Frage in einer Entscheidung v. 1. 12. 21 („Ortskrankenkasse" 1922 Sp. 687) verneint, weil § 205 b Ziff. 1 RVO. in der Fassung der Bekanntm. v. 22. 5. 1920 (RGBl. S. 1069) als Familienhilfe zwar „Krankenpflege" zulasse, die Kur und Verpflegung im Krankenhaus aber an Stelle der Krankenpflege **und des Krankengeldes** gewährt werden könne (§ 184 RVO.), also über den Begriff der als Familienhilfe zulässigen Krankenpflege hinausgehe.

Diese Entscheidung ist unrichtig und recht bedauerlich, weil sie zur Irreleitung der Kassen in einer für die Beteiligten und für die Allgemeinheit (im Hinblick auf die Volksgesundheit) besonders wichtigen Frage geeignet ist. Die Krankenhauspflege ist, obwohl sie „an Stelle" der Krankenpflege und des Krankengeldes tritt, doch keine Geld-, sondern eine Sachleistung, nämlich **eine umfassendere Krankenpflege**, durch deren Gewährung allerdings das Krankengeld mit abgegolten wird, die aber hierdurch ihren Charakter als eine besondere Art der Krankenpflege nicht einbüßt und deshalb auch in den Fällen zulässig ist, in denen dem Berechtigten **nur** Krankenpflege, nicht auch Krankengeld zusteht (zu vgl. **Hahn** in Anm. 2 b zu § 184 und Anm. 2 a zu § 205 RVO.; **Hoffmann** in Anm. 3 zu § 184 und Anm. 3 zu § 205; **Stier-Somlo** Anm. 3 zu § 205; v. **Frankenberg** Anm. 2 zu § 205).

Das Reichsversicherungsamt hat zu der Frage noch nicht grundsätzlich Stellung genommen, aber in den Gründen der grundsätzlichen Entscheidung 2100 (Amtl. Nachr. 1915 S. 686, Arb.-Vers. 1915 S. 686) bemerkt: „Wenn ausnahmsweise bei Mehrleistungen, wie bei der Familienhilfe nach § 205 Nr. 1, der Ausschluß der Krankenhauspflege für statthaft erklärt worden ist, so gilt das nicht für die Regelleistungen an Versicherte." Offenbar geht hiernach auch das RVA. davon aus, daß Krankenhauspflege auch den Familienangehörigen zugebilligt und gewährt, nur freilich auch durch die Satzung ausgeschlossen werden kann.

Es sei bemerkt, daß es sich in dem vom Oberversicherungsamt Hannover entschiedenen Falle nur um eine Satzungsänderung dahin handelte, daß die Kasse an Stelle der Krankenpflege als Familienhilfe Krankenhauspflege gewähren „kann". Die Einräumung eines erzwingbaren Anspruchs auf diese besondere Art der Krankenpflege stand nicht in Frage. Sie würde, wie im § 184 RVO., allerdings für unzulässig zu erachten sein. Die Kasse aber kann sich, wenn ihre Satzung infolge der Entscheidung des Oberversicherungsamts über die Gewährung der Krankenhauspflege keine besondere Bestimmung enthält, dabei durchaus beruhigen. Denn die satzungsmäßige Zubilligung der „Krankenpflege" an Familienangehörige der Versicherten schließt eben ohne weiteres begrifflich auch die Ermächtigung ein, diese Leistung in Gestalt der Krankenhauspflege zu gewähren.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Erhöhung der Versicherungsgrenze in der Angestelltenversicherung. Durch die Verordnung vom 12. September 1922 (RGBl. I S. 725, Arb.-Vers. Heft 29 S. 458) ist mit Wirkung vom 1. September 1922 an die Versicherungspflichtgrenze von 100 000 Mark auf 300 000 Mark erhöht worden. Die Beiträge sind dieselben geblieben; es sind mithin bei einem Jahresverdienst von mehr als 75 000 M. bis 300 000 M. in Klasse P monatlich 110 M. zu zahlen. Solchen Versicherten, die infolge Ueberschreitens einer Gehaltsgrenze ausgeschieden waren und nun wieder versicherungspflichtig geworden sind, werden die Kalendermonate der Zwischenzeit für die Erhaltung der Anwartschaft angerechnet. — Neue Möglichkeiten für die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung auf Grund von Lebensversicherungsverträgen sind nicht vorgesehen.

Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Dentisten. Die für das 2. Vierteljahr 1922 maßgebenden Sätze des Tarifvertrages gelten für das 3. Vierteljahr zunächst als rechnungsmäßige Grundlage weiter. Auf diese Sätze wird ein Teuerungszuschlag gewährt, der bemessen wird unter Zugrundelegung des Unterschiedes der mittleren Reichsindexziffer für das 2. und 3. Vierteljahr 1922. Die Festsetzung erfolgt im Monat Oktober sofort nach Veröffentlichung der Reichsindexziffer für den Monat September (Vereinbarung vom 4. 8. 22. — Zu vgl. Arb.-Vers. Heft 16 S. 252).

Zu den Gesetzen über Notstandsmaßnahmen von Rentenempfängern

teilt uns die Allgemeine Knappschafts-Pensionskasse für Sachsen in Freiberg mit Bezug auf die erläuternden Bemerkungen im Heft 22 S. 347 unter IV d folgendes mit:

Nach einem Rundschreiben des Reichsarbeitsministers an die zuständigen Ministerien der Länder vom 16. 6. 20 (VIII Nr. 10 988/22) sind die Unterstützungen, welche Berufsfürsorge-Einrichtungen (Knappschafts-Pensionskassen, Fabrikkassen usw.) ohne Bestehen einer Rechtspflicht gewähren (die sogenannten Teuerungszulagen), bei der Festsetzung der Notstandsunterstützung **anrechnungsfrei, auch soweit sie 1200 Mark jährlich übersteigen.** In dem Rundschreiben heißt es: „Ich halte es jedoch mit den Vorschriften des Gesetzes auch für vereinbar, daß eine Anrechnung unterbleibt, wo die Zulagen wegen der außerordentlichen Teuerung mit der ausdrücklichen Bestimmung gewährt werden, daß sie lediglich die öffentlichen Leistungen ergänzen und bei Anrechnung auf öffentliche Leistungen wegfallen.“ Durch diese Anordnung seitens des Reichsarbeitsministers ist der Streit um die Anrechnungsfreiheit, welcher seit mehreren Monaten die beteiligten Kreise erregte und der die Gefahr heraufbeschworen hatte, daß die bezeichneten freiwilligen Leistungen eingestellt würden, endlich — einem Beschluß des Reichstags entsprechend — zugunsten der Anrechnungs**freiheit** entschieden worden, nachdem schon vorher einzelne Länder sich mit dieser wohlwollenden Auslegung des Gesetzes einverstanden erklärt hatten. Freiwillige, außersatzungsmäßige Teuerungszulagen wie knappschaftliche Teuerungszulagen und dergl. sind daher bei der Feststellung der Notstandsunterstützung in der Regel **ohne Rücksicht auf ihre Höhe völlig** außer Betracht zu lassen.

Der Verband der Krankenkassen in der Provinz Brandenburg

hat am 6. und 7. 8. 1922 in Guben seine diesjährige Mitgliederversammlung abgehalten, die von mehr als 200 Vertretern beschickt war. Zu dem Geschäftsbericht gab der Verbandsgeschäftsführer **Riedel** eine Ergänzung, in der besonders zum Ausdruck kam, daß durch die fortschreitende Geldentwertung und die dadurch verursachten Aenderungen der Gesetze, Verträge und Vereinbarungen die Krankenkassen in einen andauernden Zustand der Unruhe versetzt seien. Die finanziellen Anforderungen seien gewaltig gestiegen. Besonders die Gewährung der Sachleistungen verursache erhebliche Sorgen. Es gäbe Kassen, die bei einem durchaus normalen Beitragssatz 1921 schon mit Fehlbeträgen abgeschlossen haben. Der Verband hat neben den ihm obliegenden allgemeinen Aufgaben sein besonderes Augenmerk auf die Bekämpfung der Volkskrankheiten gerichtet, in diesem Sinne in der Arbeitsgemeinschaft der Versicherungsträger gewirkt und die Kassen zu Maßnahmen angeregt. Die vorbeugenden Maßnahmen in Gemeinschaft mit den übrigen beteiligten Versicherungsträgern und Organisationen auszubauen, sei eine Aufgabe der nächsten Zeit. Die besondere Bedeutung der rechtzeitigen Bekämpfung der Tuberkulose veranlaßte den Vorstand, der Mitgliederversammlung den Ankauf einer Heilstätte vorzuschlagen. Die Mitgliederversammlung erklärte sich mit dem Vorschlage einverstanden. Die erforderlichen Mittel sind im Umlageverfahren aufzubringen.

Ueber die **Arztfrage** referierte gleichfalls **Riedel** unter Darlegung der bisherigen Beziehungen zu den Aerzten und der im Laufe des Geschäftsjahres gepflogenen Verhandlungen und getroffenen Vereinbarungen. Der Redner geht besonders auf die augenblicklich vielfach erörterte **Abgeltung der Sachbezüge durch eine bare Leistung** ein und erörtert unter Hervorhebung rein sachlicher Gesichtspunkte die Möglichkeit der Beibehaltung der Sachleistungen, insbesondere der ärztlichen Hilfe. Die Frage der Abgeltung der Sachbezüge sei auch nicht so zu stellen, was das bessere ist, sondern ob die Kassen allgemein noch in der Lage sind, ohne sich selbst aufzugeben, die Mittel für die von den Aerzten geforderte Bewertung ihrer Leistungen aufzubringen. Die Frage müsse verneint werden. Es sei Vorsorge zu treffen, daß durch die Abgeltung der Sachbezüge der Versicherte nicht dann am empfindlichsten getroffen wird, wenn er die Kasse am nötigsten braucht. Durch das heute weitverzweigte System der Beratungs- und Fürsorgestellen sei jedenfalls für die Volksgesundheitspflege nichts zu befürchten, wenn der bisherige Grundsatz der Krankenversicherung über die Bereitstellung der ärztlichen Hilfe in natura verlassen werde. An dem Notstande seien nicht zuletzt auch die von den Aerzteorganisationen übertriebenen Forderungen der freien Arztwahl und die Bezahlung nach Einzelleistungen schuld.

Ueber die **Aenderungen der Reichsversicherungsordnung** sprach Direktor **Julius Cohn**. Seinen sachkundigen Ausführungen lag eine Entschließung zugrunde, die folgenden Wortlaut hat: „Die Aenderung der RVO., seit Jahren gefordert, wird immer weiter hinausgeschoben. Die im Frühjahr 1921 von der Reichsregierung eingebrachte kleine Novelle zur RVO. ist vom Reichstag noch

immer nicht verabschiedet worden. Die Mitgliederversammlung des Verbandes der Krankenkassen in der Provinz Brandenburg fordert von Reichsregierung und Reichstag eine schleunige Reform der RVO. Besonders dringlich ist: 1. Die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle gegen Entgelt tätigen Personen. — 2. Versicherungspflicht aller Selbständigen bis zu einem Einkommen von 200 000 Mark. — 3. Fortfall aller Befreiungen und Ausschaltung der Ersatzkassen. — 4. Zentralisation der Krankenkassen und bis zu ihrer Durchführung ein Gesetz über Pflichtverbände der Krankenkassen. — 5. Uebernahme der gesamten Unfallversicherung durch die Berufsgenossenschaften. — 6. Einführung einer Familienversicherung unter Beteiligung der Gemeinden. — 7. Erhöhung der Grundlöhne, damit eine **Anpassung der Barleistungen an den gesunkenen Wert der Mark** möglich ist.

Ueber die Reorganisation des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen sprach Geschäftsführer Helmut Lehmann (Dresden). Er vertritt den Gesichtspunkt, daß im Hinblick auf die Bedeutung des Hauptverbandes für die Unterverbände die Bestellung hauptamtlicher Geschäftsführer notwendig sei. Das Arbeitsgebiet des Verbandes müsse erweitert, vor allem aber vertieft werden. Dazu bedürfe es des Ausbaus der Organisation. Außerdem sei aber die Geschlossenheit der Organisation notwendig. Der allgemeinen Anstellung hauptamtlicher Geschäftsführer wird von der Versammlung widersprochen mit Hinweis auf die dadurch entstehenden erheblichen Kosten für persönliche und sächliche Verwaltung. Die Versammlung lehnt es ab, den Vorschlägen zur Aenderung der Satzung zuzustimmen, weil sie ihr noch nicht spruchreif erscheinen.

Regeln für die Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen.*)

(Zusammengestellt im Statistischen Reichsamt.)

Allgemeines.

1. Die Bestimmungen des Bundesrats vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen — abgedruckt im Zentralblatt für das Deutsche Reich Nr. 50 vom 14. Oktober 1913, S. 1009ff. — gelten vom 1. Januar 1914 ab und waren demnach zum ersten Male bei Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen für das Jahr 1914 zu beachten.

2. Bei Zweifeln über die Art der Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen erteilt das Statistische Reichsamt im Einvernehmen mit der an der Statistik beteiligten statistischen Landesstelle Auskunft (§ 31 a.a.O.).

3. Auf Anregung aus Kreisen der Kassenvorstände ist im Einvernehmen mit den Bundesregierungen durch Erlaß des Herrn Staatssekretärs des Innern vom 12. Dezember 1914 II. 10 008 angeordnet, daß für das Jahr 1914 nur der Rechnungsabschluß, die Vermögensnachweisung und die Mitgliedernachweisung (Muster 1, 2, 3a und 3b) eingereicht werden. Diese Anordnung ist auch auf die folgenden Jahre bis auf das Jahr 1922 ausgedehnt worden. Jedoch sind gemäß Erlaß des Herrn Staatssekretärs des Innern vom 17. April 1915 II. 2121 außerdem die auf Grund der Satzung zu machenden „Allgemeinen Angaben“ (S. 2 des Rechnungsabschlusses) von allen Krankenkassen zu fordern.

Außerdem ist vom Jahre 1922 ab von sämtlichen Krankenkassen die Nachweisung der entschädigten Fälle von Kranken- und Wochenhilfe und der entschädigten Sterbefälle (Muster 4) einzusenden.

4. Eine ergänzte Zusammenstellung der aus den bisher ergangenen Bescheiden sich ergebenden Regeln, wie sie im § 31 a.a.O. vorgesehen ist, wird nachstehend abgedruckt. Der leichteren Bezugnahme wegen sind die Regeln usw. nach Mustern geordnet und innerhalb dieser fortlaufend numeriert.

5. Die Nachweisungen nach Muster 7 und 8 sind für die durch die RVO. geforderten Zwecke der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bestimmt; soweit bei diesen oder anderen Nachweisungen die Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts berührt wird, werden die Auskünfte im Einvernehmen mit diesem Amte erteilt.

6. Weitergehende Unterscheidungen in den Büchern, als die Bundesratsbestimmungen erfordern, sind zulässig, doch muß die Gliederung der Spalten in den Büchern derart erfolgen, daß die vorgeschriebenen Angaben entnommen werden können.

7. Soweit nicht eine Anordnung gemäß § 377 Abs. 3 RVO. getroffen ist, haben auch die unter Staatsaufsicht stehenden Betriebskrankenkassen Rechnungsabschluß und Nachweisungen dem zuständigen Versicherungsamt vorzulegen.

8. Die in den verschiedenen Druckereien hergestellten Muster weichen voneinander ab. Die Verschiedenheit der Muster wird bei der statistischen Aufarbeitung störend empfunden. Dieser Uebelstand würde beseitigt, wenn die Krankenkassen nur solche Muster beschafften, die den gegebenen Bestimmungen auch in der Form genau entsprechen, wie solche von der Reichsdruckerei hergestellt werden.

Allgemeine Angaben.

Zu Ziffer 1 und 2. Nach § 180 Abs. 4 RVO. kann die Satzung statt des durchschnittlichen Tagesentgelts den wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten als Grundlohn bestimmen. Hiernach würde entweder die Frage zu Ziffer 1 oder die zu Ziffer 2 mit „Ja“ zu beantworten sein (siehe auch zu Ziffer 3).

Die Unterfrage zu Ziffer 1 kann nur mit „Ja“ beantwortet sein, wenn auch die Hauptfrage mit „Ja“ beantwortet ist.

Zu Ziffer 3. Für unständig Beschäftigte und für hausgewerbliche Versicherungspflichtige muß stets der Ortslohn als Grundlohn festgesetzt werden (§§ 450 und 480 RVO.). Vorkommendenfalls wird daher neben der Beantwortung der Fragen 1 oder 2 mit „Ja“, auch Frage 3 mit „Ja“ zu beantworten sein.

Zu Ziffer 4. Es sind die Gesamtbeiträge in Hundertstel vom Grundlohn anzugeben, nicht, wie mehrfach geschehen, die erhobenen Wochenbeiträge.

Zu Ziffer 5. Wenn im Rechnungsabschluß bei Kap. 3 Zusatzbeiträge nachgewiesen werden, muß Frage 5 mit „Ja“ beantwortet sein, siehe auch Bemerkung Nr. 9 zu Muster 1.

Zu Ziffer 7. Nach § 182 Abs. 2 RVO. wird das Krankengeld in der Regel vom vierten Krankheitstage an gewährt, das heißt, es werden außer dem Tage der Erkrankung zwei Wartetage beobachtet. Die Eintragung in Ziffer 7 „vom dritten Tage an“ gibt zu Zweifeln Veranlassung und ist nur zutreffend, wenn ein Wartetag beobachtet wird.

---

*) Zu vergl. die frühere Fassung der „Regeln“ in Arb.-Vers. 1914 S. 508 und 1916 S. 546.

Zu Ziffer 11. Bei Beantwortung ist zu beachten, daß nach der Höhe des Hausgeldes in Hundertstel vom Krankengelde — nicht Grundlohn — (50 bis 100 v. H.) gefragt ist — siehe §§ 186 und 194,[1] RVO.

Zu Ziffer 13. Es ist anzugeben, ob Schwangerengeld (§ 199 RVO.) nicht Wochengeld (§ 195a RVO.), gewährt wird.

Zu Muster 1 (Rechnungsabschluß).

Vorjähriger Kassenbestand.

1. Im Rechnungsabschluß sind nur Reineinnahmen und Reinausgaben nachzuweisen; eine Abgleichung zwischen Einnahmen und Ausgaben soll nicht gemacht werden. Der aus dem Vorjahr übernommene Kassenbestand ist hiernach im Rechnungsabschluß nicht aufzuführen, sondern nur für die rechnerische Prüfung des in Muster 2 anzugebenden Kassenbestandes des letzten Jahres zu berücksichtigen. Der Kassenbestand am Schlusse des letzten Geschäftsjahrs muß sich ergeben, wenn man zum vorjährigen Kassenbestand die Reineinnahmen hinzurechnet, hiervon die Reinausgaben in Abzug bringt und zugleich die noch zu vereinnahmenden Ersatzansprüche in A. 7, des Musters 2 und die Passiva in B. 1. des Musters 2 in Betracht zieht; siehe auch Bemerkung lfd. Nr. 3 zu Muster 2.

Erstattungen und Ersatzleistungen.

2. Im Rechnungsabschluß sind alle Kürzungen an Einnahmen und Ausgaben (Erstattungen und Ersatzansprüche) bei den einzelnen Kapiteln und Titeln in Abzug zu bringen.

Die Erstattungen von Trägern der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, die sogenannten „Ersatzleistungen", sind im Rechnungsabschluß so wie alle übrigen Erstattungen zu verrechnen.

Die von den Versicherungsträgern empfangenen oder noch zu fordernden Ersatzleistungen für Kranken-, Wochen- und Familienhilfe sind von den Rohausgaben in Kap. 4 des Rechnungsabschlusses abzuziehen, dagegen die von der Kasse selbst für ihre eigenen Mitglieder geleisteten Ersatzzahlungen als Reinausgaben in Kap. 4 einzusetzen. — § 10 der Bundesratsbestimmungen hat nur für die Führung des Krankenbuchs, § 17 für die Führung des Einnahme- und Ausgabebuchs Geltung.

Noch nicht erstattete Leistungen sind nur in der Vermögensnachweisung (Muster 2) als Aktiva beziehungsweise Passiva unter „Sonstige Forderungen" aufzuführen.

Die im Rechnungsabschluß bereits verrechneten Ersatzleistungen sollen außerdem zur Verwertung für eine besondere Uebersicht der Krankenkassenstatistik am Schlusse des Rechnungsabschlusses nochmals in einer Zergliederung nach den Versicherungsträgern zusammengestellt werden; und zwar sind hierbei die Zahlungen für eigene Mitglieder an fremde Kassen als Ausgabe, die Ersatzleistungen der fremden Kassen für deren Mitglieder als Einnahme aufzuführen.

Die vom Unternehmer gemäß § 576 RVO. erstatteten Mehrleistungen der Kasse bei Unfällen gelten ebenfalls als „Ersatzleistungen", nicht dagegen die vom Reiche erstattete Kriegswochenhilfe und die gemäß § 1542 RVO. zurückerhaltenen Beträge.

Die erstattete Kriegswochenhilfe und die Erstattungen gemäß § 1542 RVO. sind also nur im Rechnungsabschluß abzusetzen, nicht aber außerdem in der besonderen Zusammenstellung der Ersatzleistungen als Einnahme aufzuführen.

Die nach § 222 RVO. erstattete Krankenhilfe, die drei Achtel des Grundlohns beträgt, gilt als Ersatzleistung und kann hiervon ein Achtel für Arznei und Heilmittel und zwei Achtel für ärztliche Behandlung verrechnet werden, falls nähere Angaben nicht zu erhalten sind.

3. Unter Kap. 1 (Erträge aus Kapitalanlagen) sind nachzuweisen: Kapitalzinsen sowie Nutzungen aus Grundstücken und Geräten.

Die der Kasse zufließenden und angelegten Zinsen sind bei Kap. 1 (Erträge aus Kapitalanlagen) in Einnahme und bei Kap. 7 in Ausgabe zu buchen; eine derartige Buchung kann nach dem Ermessen der Krankenkasse unterbleiben, wenn die Zinsen — ohne durch die Kassenbücher gelaufen zu sein —, wie z. B. bei Sparkassen, unmittelbar dem Kapital zugeschrieben werden. Im letzteren Falle genügt der Nachweis in der Vermögensnachweisung (Muster 2).

Beiträge (Kap. 2).

4. Die Verteilung der Beiträge ist sowohl im Muster 1 (Kap. 2) wie auch im Muster 7 nach der gesetzlichen oder satzungsmäßigen Vorschrift vorzunehmen.

5. Sowohl in Muster 1 (Kap. 2) als auch im Muster 7 sind die Beitragsteile der Arbeitgeber aller versicherungspflichtigen Mitglieder aufzuführen, einschließlich derjenigen, welche die Arbeitgeber gemäß § 517 Abs. 2 für Mitglieder von Ersatzkassen zu zahlen haben.

6. Etwa zurückgezahlte Beiträge sind von den Reineinnahmen in Kap. 2 in Abzug zu bringen. In Ausgabe haben diese Beiträge nicht zu erscheinen.

7. Wenn von den fälligen Kassenbeiträgen vom Arbeitgeber nur ein Teil geleistet wird und der Rest bis zum Abschluß der Kassenbücher oder überhaupt nicht eingezogen werden kann, so ist es nicht nötig, die eingegangenen Beträge auf die einzelnen Gruppen (Arbeitgeber und Versicherte) mathematisch genau zu verteilen. Bei derartigen Buchungsschwierigkeiten wird die Verteilung dem Ermessen der Kassen überlassen.

Es ist nichts dagegen einzuwenden, daß alle Beiträge, die von dem Versicherungspflichtigen zu zwei Dritteln und den Arbeitgebern zu einem Drittel (bei Innungskrankenkassen zutreffendenfalls zur Hälfte) zu tragen sind, zunächst in einer Summe verbucht werden und die Verteilung für den Rechnungsabschluß erst am Jahresschluß vorgenommen wird.

8. Die von den Gemeinden für die Weiterversicherung Erwerbsloser gezahlten Beiträge rechnen zu den Beitragsteilen Versicherungspflichtiger (nicht berechtigter) und sind daher zu zwei Dritteln bei Kap. 2 Tit. 1 und zu einem Drittel bei Kap. 2 Tit. 2 (bei Innungskrankenkassen zutreffendenfalls je zur Hälfte) zu buchen, siehe auch Bemerkung Nr. 6 zu Muster 3.

Zusatzbeiträge für Familienhilfe (Kap. 3).

9. Wenn bei Kap. 3 Beträge erscheinen, muß Ziffer 5 der „Allgemeinen Angaben" mit „Ja" beantwortet sein, siehe auch Bemerkungen zu dieser Ziffer.

Kranken-, Wochen- und Familienhilfe (Kap. 4).

10. Die Kostenersätze für Krankenpflege mit ⅜ des Grundlohns (Ersatzleistungen §§ 217, 222, 1503 RVO. usw.) sind zu angemessenen Teilen auf die einzelnen Ausgabetitel des Kap. 4 zu verteilen.

Es ist statthaft, von einer Verrechnung im Einzelfall abzusehen und den Gesamtbetrag der gewährten oder erhaltenen Ersatzleistungen am Monats- oder Jahresschlusse bei Kap. 4 abzusetzen oder hinzuzurechnen.

11. Die nach Nr. 11 Abs. 3 des Berliner Abkommens von den Kassen zu zahlenden Zuschläge

zum Arzthonorar von jährlich 5 Pf. auf den Kopf der Versicherten sind in Kap. 4 Tit. 1a zu buchen. Die von den Kassen für Rechnung der Aerzteschaft zu machenden Abzüge vom Arzthonorar von jährlich 10 Pf. auf den Kopf der Versicherten sind bei diesem Titel nicht in Abzug zu bringen.

12. Die Kosten für Krankentransporte zum Arzt sowie die Kosten für Fahrten der Aerzte über Land sind unter Kap. 4 Tit. 1a aufzuführen, während die Buchung von Kosten für Ueberführung der Kranken zum Krankenhaus und der Ausgaben für Arznei und Heilmittel (Röntgenaufnahmen) während der Krankenhauspflege unter Kap. 4 Tit. 3 (Krankenhauspflege) stattfinden kann.

13. Die „Ablegegebühr", die von Krankenhäusern für die Besorgung der standesamtlichen Eintragungen, Bestellung der Leichenfrau usw. verlangt wird, ist ebenfalls unter Kap. 4 Tit. 3 (Krankenhauspflege) einzusetzen.

Wochen-, Schwangeren- und Stillgeld (Kap. 4).

14. Unter Kap. 4 Tit. 7 sind auch die Kosten für Wochenhilfe (Gesetze vom 26. September 1919 [Reichs-Gesetzbl. S. 193 u. ff.] und vom 30. April 1920 [Reichs-Gesetzbl. S. 853]) sowie für Familienhilfe, soweit sie nicht vom Reich erstattet werden, aufzuführen, ohne Rücksicht darauf, ob bare Leistungen oder Sachleistungen gewährt wurden. Um verfolgen zu können, wie sich diese Kosten im einzelnen verteilen, empfiehlt sich folgende anmerkungsweise Mitteilung:

Reinausgaben des Kap. 4 Tit. 7:

	für Kassenmitglieder		für Familienangehörige (ohne die vom Reich zu tragenden Kosten)	
	Mk.	Pf.	Mk.	Pf.
1. Beihilfe für Arzt und Hebammen bei Schwangerschaftsbeschwerden . . .				
2. Beitrag zu den Entbindungskosten . . .				
3. Wochengeld				
4. Stillgeld				
5. Schwangerengeld auf Grund der Satzungen (§ 199 Ziffer 1 u. 2 RVO.)				

Es dürfen jedoch nicht aufgeführt werden die Kosten für Kriegswochenhilfe (Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Wochenhilfe während des Krieges, vom 3. Dezember 1914 [Reichs-Gesetzbl. S. 492]) sowie für Familienhilfe und Wochenfürsorge gemäß der unter Bemerkung Nr. 14 angezogenen Gesetze, die ganz (für Familienhilfe zur Hälfte) vom Reich erstattet werden und daher nicht zu den Reinausgaben bezw. Reineinnahmen zu rechnen sind. (Siehe auch Bemerkung Nr. 1.)

Lediglich die am Jahresschlusse vom Reich noch nicht erstatteten Beträge für derartige Verauslagungen sind in der Vermögensnachweisung (Muster 2) unter I. A. 7 (Sonstige Forderungen) aufzuführen.

Bare Leistung statt ärztlicher Versorgung (Kap. 4).

15. Unter Kap. 4 Tit. 9 des Rechnungsabschlusses „Bare Leistung statt ärztlicher Versorgung" sind nur Beträge für die Fälle zu führen, wie sie § 370 RVO. vorsieht.

Fürsorge für Genesende (Kap. 4).

16. Aufwendungen zur „Fürsorge für Genesende" sind zweckmäßig unter Anfügung eines besonderen Tit. 10 („Fürsorge für Genesende") aufzuführen.

Verwaltungskosten (Kap. 6).

17. Für die Buchung der Ausgaben für Stempelgebühren bei Aerzteverträgen kommt Kap. 6 Tit. 2 „sächliche Verwaltungskosten" in Betracht.

18. Die Kosten für Einziehung der Beiträge für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung usw. sind bei Kap. 6 „Verwaltungskosten" unter angemessener Verteilung auf die Tit. 1 und 2 („persönliche und sächliche") zu verbuchen. Die den Kassen erstatteten und noch zu erstattenden Kosten für Einziehung dieser Beiträge sind, da sie nicht zu den Reineinnahmen und Reinausgaben gehören, im Rechnungsabschluß abzusetzen. Die noch zu erstattenden Kosten für die Einziehung dieser Beiträge sind nur in der Vermögensnachweisung unter A. 7. „Sonstige Forderungen" zu buchen. Der am Schlusse des Jahres noch vorhandene Markenbestand ist in der Vermögensnachweisung als zum baren Kassenbestand gehörig nachzuweisen und im Rechnungsabschluß abzusetzen.

19. Da nach § 362 RVO. bei den Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber auf seine Kosten und Verantwortung die für die Geschäfte erforderlichen Personen zu gestellen hat, können bei dieser Kassenart unter Kap. 6 Tit. 1 (persönliche) nur verhältnismäßig geringe Beträge erscheinen. Als vom Arbeitgeber nicht zu tragende Kosten würden z. B. in Frage kommen: bare Auslagen der ehrenamtlich tätigen Kontrolleure, Entschädigungen für Teilnehmer an Sitzungen der Ausschußmitglieder usw.

Vermögensanlagen (Kap. 7).

20. Unter Kap. 7 des Rechnungsabschlusses sind in Einnahme nur solche Beträge zu buchen, die aus einer Flüssigmachung eigener Vermögensteile, d. h. aus einer Verminderung des Vermögens einkommen. Es werden also nur zurückgezogene Vermögensanlagen in Betracht kommen: in Tit. 1 für veräußerte Wertpapiere, in Tit. 2 aus zurückgezogenen Darlehen einschließlich Guthaben bei Bankhäusern, Sparkassen usw., in Tit. 3 aus zurückgezogenen Hypotheken, in Tit. 4 aus der Veräußerung von Grundeigentum und Geräten.

Falls derartige Einnahmen wieder als Kapital angelegt werden, sind sie auch bei Kap. 7 in Ausgabe zu buchen und zugleich in der Vermögensnachweisung als Aktiva bei den betreffenden Nummern nachzuweisen.

21. Von Darlehen werden bei Kap. 7 Tit. 2 nur die Aktivdarlehen, d. h. Darlehen, die die Kasse selbst ausgeliehen hat, verausgabt bzw. wieder vereinnahmt.

Dagegen sind aufgenommene Darlehen (Passivdarlehen) und Vorschüsse nur in der Vermögensnachweisung unter Passiva einzusetzen, zurückgezahlte derartige Darlehen und Vorschüsse in der Vermögensnachweisung unter Passiva abzusetzen. (Siehe auch Bemerkung 4 zu Muster 2.)

22. Die überwiesenen Vermögensbestände — auch der Wert von Geräten — aufgelöster oder geschlossener Krankenkassen sind als „Sonstige Einnahmen" unter Kap. 8 und, falls das überwiesene Vermögen als Kapital angelegt wird, auch unter Kap. 7 „Vermögensanlagen" in Ausgabe zu buchen, wobei der Titel je nach der Art der Anlage zu wählen sein wird. Außerdem ist ein solcher Vermögenszuwachs in Muster 2 bei den Aktiven unter der zutreffenden Nummer aufzunehmen. (Siehe auch Bemerkung Nr. 24.)

23. Neuanschaffungen von Geräten — auch solche für gemietete Räume — sind unter Kap. 7 Tit. 4 einzutragen. Als Neuanschaffung gilt auch die Be-

schaffung von solchen Geräten, die Gegenstände ersetzen, deren Anschaffungswert weniger als 10 v. H. der Kosten für die Neuanschaffung ausmacht. Instandsetzungskosten und sonstige Kosten für Beschaffung von Geräten, als Ersatz für unbrauchbare, sind nach der Anmerk. 5 zu Kap. 7 Tit. 4 des Rechnungsabschlusses bei Kap. 8 nachzuweisen.

Sonstige (Kap. 8).

24. Die überwiesenen Vermögensbestände — auch der Wert von Geräten — aufgelöster oder geschlossener Krankenkassen sind als „Sonstige Einnahmen" unter Kap. 8 und, falls das überwiesene Vermögen als Kapital angelegt wird, auch unter Kap. 7 „Vermögensanlagen" in Ausgabe zu buchen, wobei der Titel je nach der Art der Anlage zu wählen sein wird. (Siehe auch Bemerkung Nr. 22.)

25. Unter sonstigen Reinausgaben sind aufzuführen: Provisionen, Zinsen und sonstige Nebenauslagen beim Ankauf von Wertpapieren usw., Ausgaben für Steuern auf Grundbesitz und Wassergeld; es sei denn, daß es sich um derartige Ausgaben für eigene Krankenhäuser oder Wöchnerinnenheime handelt. Diesenfalls würde der Nachweis der angeführten Ausgaben bei Kap. 4 Tit. 3 (Krankenhauspflege) bzw. Kap. 4 Tit. 4 (Kur und Verpflegung in Wöchnerinnenheimen) geführt werden. (Wegen Instandsetzungskosten siehe Bemerkung Nr. 23.)

(Fortsetzung folgt.)

Beantwortung von Anfragen.

Den Beziehern der „Arbeiter-Versorgung" erteilen wir Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet gegen eine der fortschreitenden Geldentwertung angemessene und von Fall zu Fall festzusetzende Vergütung bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung dazu oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Die Veröffentlichung an dieser Stelle behalten wir uns vor.

Feststellung des jährlichen Gesamteinkommens für die Versicherungsberechtigung.

1. **Nach Darmstadt.** Antwort: Das jährliche Gesamteinkommen im Sinne des § 176 RVO. unterscheidet sich vom Jahresarbeitsverdienst hinsichtlich seiner Quellen. Beim Jahresarbeitsverdienst ist die einzige Quelle das versicherungspflichtige Arbeitsverhältnis. Beim Gesamteinkommen sind aber auch alle anderen Quellen, wie Kapital, Grundbesitz zu berücksichtigen. Dagegen sind beide gleich zu behandeln bezüglich der Feststellung des Jahresbetrages. Maßgebend ist der Stand des Einkommens in dem Zeitpunkt, in welchem der Eintritt in die freiwillige Versicherung in Frage kommt. Der sich hier ergebende Betrag ist auf das Jahr umzurechnen. Die Vergangenheit kann nicht schlechtweg zu Grunde gelegt werden; denn für sie wird ja die Versicherung nicht eingegangen. Sie kann nur insoweit die Grundlage bilden, als es wahrscheinlich ist, daß die Einkommensverhältnisse im Wesentlichen dieselben bleiben werden. Darum erscheint es uns nicht angängig, einfach stets das Einkommen des vorangegangenen Jahres maßgebend sein zu lassen. Wir können daher dem grundsätzlichen Standpunkt der Kasse nicht beitreten. Selbstverständlich ist es aber, daß eine Gehaltserhöhung, die am Tage des Beitritts noch nicht feststand, aber später mit rückwirkender Kraft bewilligt wird, nicht nachträglich die Versicherungsberechtigung aufheben kann.

Pflicht der Kasse zum Ersatz beschädigter Brillen.

2. **Nach Sch.** Frage: In der hiesigen Knopfindustrie ist ein großer Teil von Arbeitern damit beschäftigt, Steinnüsse in Platten zu zerschneiden, aus denen dann an anderen Maschinen Knöpfe ausgebohrt werden. Bei dieser Beschäftigung entstehen Splitter und es kommt häufig vor, daß dabei Brillengläser zerschlagen werden. Einem Mitgliede wurde auf diese Weise in 6 Monaten dreimal je ein Glas beschädigt. Sind wir verpflichtet, diese Gläser immer wieder zu ersetzen? Oder haben wir Brillen nur einmal zu liefern? Bisher erklärten die Mitglieder häufig, daß sie ohne Brille nicht sehen könnten und gezwungen seien, sich arbeitsunfähig zu melden, wenn die Kasse die Reparatur nicht bezahle.

Antwort: Wenn die Arbeiter tatsächlich ohne die Brille „nicht sehen können", so sind sie augenleidend, also krank, und bedürfen der Brille nicht nur als eines Schutzmittels, sondern als eines Heilmittels zur Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit. Dann handelt es sich aber um ein dauerndes Leiden und folglich um einen einheitlichen Versicherungsfall, so daß die Kasse nur für die gesetz- oder satzungsmäßige Leistungsdauer (§§ 183, 187 Ziff. 1 RVO.) die Brille zu liefern und, im Falle der Beschädigung, zu ersetzen verpflichtet ist. Mit Ablauf der Leistungsdauer ist der Versicherte ausgesteuert und hat keinen weiteren Anspruch. Zu vgl. aber Arb.-Vers. 1916, S. 839, Ziff. 4.

Erhöhung der Grundlöhne und der Beiträge mit rückwirkender Kraft unzulässig.

3. **Nach B.** Antwort: Wir halten es für unzulässig, daß derartigen Satzungsänderungen rückwirkende Kraft beigelegt wird. Sie machen zutreffend darauf aufmerksam, daß sonst Arbeitgeber nicht in der Lage wären, die Beiträge für bereits entlassene Arbeitnehmer einzuziehen, da dies nur durch Abzüge vom Gehalt und Lohn geschehen darf. Auch müssen Arbeitgeber sowohl, wie Versicherte im voraus wissen, mit welchen Ausgaben sie zu rechnen haben.

Besondere Gebühren neben den Kassenbeiträgen dürfen nicht erhoben werden.

4. **Nach Johannisburg.** Antwort: Arbeitgeber sowohl, wie Versicherte haben lediglich Beiträge nach näherer Vorschrift der §§ 380 ff. RVO. zu entrichten. Hiervon sind alle Verwaltungskosten zu bestreiten, auch alle Ausgaben, die der Kasse durch die Versicherungsfälle entstehen. Neben den Beiträgen dürfen keinerlei Gebühren erhoben werden. Das Oberversicherungsamt muß daher dem Beschluß, die Satzung dahin zu ändern, daß für die Ausstellung eines Arztscheines für die Gewährung der Krankenhilfe an Familienangehörige eine besondere Gebühr erhoben wird, die Genehmigung versagen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; G. h. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1368 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. Oktober 1922 | Heft 30

Krankenversicherung mit Beschränkung auf Sachbezüge.

Von Bürgermeister Friedr. Kleeis in Aschersleben.

Allgemein wird angenommen, daß die Krankenversicherung für alle Versicherten unter gleichen Voraussetzungen regelmäßig gleiche Ansprüche vorsieht. Das gilt sowohl für die zwangsweise als auch für die freiwillig Versicherten und sowohl hinsichtlich der Regel- wie hinsichtlich der Mehrleistungen. Das Gesetz kennt allerdings keinen Unterschied in den Ansprüchen der beiden Gruppen von Versicherten, wenn man von einigen nebensächlichen, der näheren statutarischen Regelung überlassenen Abweichungen absieht, wie z. B. daß für die Ansprüche Versicherungsberechtigter eine Wartezeit vorgesehen werden kann usw. Die Regel- oder Mindestleistungen sind einheitliche Leistungen, auf die alle Versicherten gleichmäßig Anspruch haben. Gewisse Ausnahmen ergeben sich aus den §§ 188, 192. Die Rechtsprechung hat darüber hinaus aber festgelegt, daß auch auf die Mehrleistungen gleichmäßig jeder Versicherte Anspruch hat. Das Reichsversicherungsamt hat z. B. entschieden, daß es unangängig ist, die Familienhilfe nur auf die im Kassenbezirk wohnenden Kassenmitglieder zu beschränken. Es müssen auch die außerhalb des Bezirks sich aufhaltenden Versicherten vollen Anspruch haben, und zwar nicht etwa nur in der Form einer ungenügenden Geldentschädigung.

Der Gesetzgeber hat das sicherlich gut gemeint. Er wollte verhindern, daß rückständige Kassen die Fürsorge über Gebühr einschränken und den hilfsbedürftigen Versicherten das nehmen, was sie in Krankheitsfällen unbedingt brauchen. Es fragt sich aber, ob dieser seit Einführung der Krankenversicherung eingenommene Standpunkt auch heute noch der richtige ist. Ich möchte sagen, daß hier die Krankenversicherung dringend einer Weiterbildung bedarf. Sie hat eine große Ausdehnung in die Breite erfahren, und es sind zu ihr auch Personen gekommen, und sollten zu ihr kommen, die nicht zu den Aermsten der Armen gehören. Es liegt nun der Gedanke nahe, diesen etwas besser gestellten Personengruppen die Versicherung annehmbarer zu machen und sie ihren Bedürfnissen besser anzupassen. Das kann dadurch geschehen, daß man für die Versicherten, die im Falle der durch Krankheit hervorgerufenen Arbeitsunfähigkeit keinen oder nur einen ganz unwesentlichen Ausfall von Arbeitsverdienst haben, kein Krankengeld oder sonst keine Barleistungen gewährt. Natürlich müßte für diese Klasse von Versicherten auch der Beitrag entsprechend ermäßigt werden. Der Gedanke ist an sich nicht neu. Man hat z. B. in der Wochenhilfe und Wochenfürsorge bei den „Familienangehörigen" und den „Minderbemittelten" das Stillgeld viel höher bemessen als das Wochengeld. Letzteres hält sich in den allerbescheidensten Grenzen, weil die in Betracht kommenden Berechtigten regelmäßig keinen Verlust von Arbeitsentgelt während ihrer Arbeitsunfähigkeit haben. Denn hätten sie einen solchen, so wären sie versicherungspflichtig für ihre Person. Weiter wird auch Lehrlingen aller Art, die ohne Entgelt be-

schäftigt werden, Krankengeld nicht gewährt (§ 494 RVO.). Für sie sind auch, worauf es in diesem Zusammenhange besonders ankommt, die Kassenbeiträge entsprechend zu ermäßigen.

In der Hauptsache handelt es sich um eine Personengruppe, deren Angehörige im Falle der Arbeitsunfähigkeit keinen Verlust von Entgelt haben: die Beamten und die kommunalen „Dauerangestellten", die ihr Gehalt fortgezahlt bekommen. Daneben sind noch die selbständigen Gewerbetreibenden und Geschäftsleute zu erwähnen, bei denen auch im Falle der Krankheit der Betrieb seinen Fortgang nimmt und die auch dann das Unternehmen noch beaufsichtigen und leiten können. In Frage kommen noch Ehefrauen, die keinen Erwerb haben usw. Man kann sagen, daß bei diesen Personen das Krankengeld nicht nur überflüssig ist, sondern daß es zu einem Mißbrauch der Kasse, zum Vortäuschen von Arbeitsunfähigkeit verleiten kann, lediglich um, neben Gehalt oder anderem Einkommen, auch noch Krankengeld auf Kosten der Kasse zu erlangen. Erfreulicherweise sind Fälle dieser Art verhältnismäßig selten.

Die Beamten des Reichs, der Staaten, der Gemeinden und der Versicherungsträger — Beamte im öffentlich-rechtlichen Sinne — sind, falls ihnen gewisse Ansprüche gegen ihren Arbeitgeber gewährleistet sind (§ 169 RVO.; zu vgl. auch §§ 170, 171), zurzeit noch nicht krankenversicherungspflichtig, sondern nur zur Weiter- oder Selbstversicherung nach § 313 oder § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. berechtigt; ebenso sind die selbständigen Gewerbetreibenden nicht versicherungspflichtig und, sofern sie nicht Kleingewerbetreibende im Sinne des § 176 Abs. 1 Ziff. 3 sind, auch nicht einmal versicherungsberechtigt. Von der Möglichkeit freiwilliger Versicherung aber machen diese Personen vielfach Gebrauch, nicht um sich Ansprüche auf Krankengeld zu sichern, sondern um solche auf die Sachbezüge zu wahren. In Betracht kommt hauptsächlich ärztliche Hilfe, Heilmittel, Krankenhauspflege. Sind doch diese Dinge so außerordentlich teuer, daß es sich lohnt (namentlich für die kleinen Beamten), eine Versicherung auf das Anrecht auf solche Bezüge einzugehen. Vom sozialpolitischen Gesichtspunkt aus ist das auch nur zu begrüßen.

Nun haben aber die gesetzlichen Bestimmungen über die Weiterversicherung (§ 313 RVO.) seit 1. Januar 1922 eine Aenderung erfahren, die für die betr. Versicherten von großem Nachteil ist. Ein § 313a RVO. bestimmt jetzt: Bei Beginn oder während der Dauer der Weiterversicherung kann das Mitglied entsprechend seinen Einkommensverhältnissen seine Versetzung in eine niedere Klasse oder Stufe beantragen. Der Kassenvorstand kann die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Klasse oder Stufe auch ohne seine Zustimmung anordnen, wenn dessen Beiträge in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfall zu gewährenden Kassenleistungen stehen. Gegen die Ablehnung des Antrages oder die Anordnung des Vorstandes steht dem Mitglied die Beschwerde an das Versicherungsamt zu, das endgültig entscheidet. Es soll nicht verkannt werden, daß die Neuerung Härten für die Versicherten und die Krankenkassen beseitigt. Es wird aber, soweit die Hinaufsetzung in eine höhere Stufe in Betracht kommt, nur all zu sehr das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Wie die Bestimmung jetzt ist, wird sie von manchen Kassen nicht als Schutzeinrichtung, sondern als eine neue Einnahmequelle benutzt. So beschloß der Vorstand der großen Allg. OKK. H., die sich weiterversichernden Beamten und Arbeitgeber schablonenhaft immer in die von oben herab zweite oder dritte Stufe zu versetzen, weil sie das auf Grund ihres Einkommens bezahlen können. Es wurde keine Rücksicht darauf genommen, ob im einzelnen Fall der Versicherte die Kassenleistungen schon so stark in Anspruch genommen hat oder voraussichtlich in Anspruch nehmen wird, um damit die Hinaufsetzung zu rechtfertigen. Die Versetzung in die höhere Stufe verpflichtet den Weiterversicherten nach dem Stande vom August 1922 zu einem Wochenbeitrag von

40 Mk. Die Folge war, daß eine Anzahl der betroffenen Mitglieder auf die Weiterversicherung verzichteten. Wer soll denn auch 40 Mk. jede Woche lediglich für eine Antwartschaft auf ärztliche Hilfe und Heilmittel bezahlen? Es ist dabei zu bedenken, daß jene Personen nicht nur selten zum Bezuge von Krankengeld kommen, sondern überhaupt der Krankheitsgefahr wenig ausgesetzt sind und somit für die Kasse keine schlechten Risiken bilden. Ihr Ausscheiden aus der Versicherung bedeutet daher nicht nur für sie selbst eine Benachteiligung, sondern auch einen Verlust für die Kasse.

Die Mängel könnten sofort beseitigt werden, wenn die Krankenkassen **eine besondere Mitgliederklasse einführten**, in der den Versicherten nur die im Gesetz oder in der Satzung vorgesehenen Sachbezüge gewährt werden. Die Kassenbeiträge in dieser Klasse wären einheitlich und so zu bemessen, daß sie nur das Risiko für die Sachbezüge, einschließlich der Verwaltungskosten, decken. Am zweckmäßigsten würde das durch eine Aenderung der Reichsversicherungsordnung geschehen, die jeder Krankenkasse die Einrichtung einer solchen Mitgliederklasse zur Pflicht macht. Neuerdings wird die Meinung vertreten, daß schon der **gegenwärtige Wortlaut** des Gesetzes die Errichtung einer solchen Mitgliederklasse für Versicherungsberechtigte (§ 176 RVO.) wie auch für Weiterversicherte (§ 313 RVO.) zuläßt. § 215 Abs. 2 und 3 RVO. besagt nämlich: „Für diejenigen, welche der Versicherung freiwillig beitreten, kann die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts die Kassenleistungen entweder in gleichem Maße oder auf das Krankengeld beschränken. Für solche Versicherte sind die Beiträge entsprechend zu ermäßigen." Die Worte in „gleichem Maße" beziehen sich auf den Absatz 1, wonach unter gewissen Umständen für bestimmte, freiwillig der Versicherung Beigetretene die Regelleistungen auf Krankenpflege und auf Krankenhauspflege ohne Hausgeld oder deren Ersatz (§ 185) ohne Krankengeld beschränkt werden kann. Der Absatz 2 erweitert diese Möglichkeit der Beschränkung der Kassenleistungen je nach den näheren Bestimmungen der Kassensatzung auf alle Personen, die „der Versicherung freiwillig beitreten". Wenn für die Fälle des Abs. 2 nach den Beschlüssen der Reichstagskommission neben der Beschränkung der Leistungen auf Sachbezüge wahlweise auch die Beschränkung auf das Krankengeld zugelassen ist, so ist das besonders mit Rücksicht auf die Krankenkassen des platten Landes geschehen, wo die Kosten der ärztlichen Behandlung sehr hoch seien (Kom. Ber. II S. 107).

Ueber die praktische Anwendung der Vorschrift liegt bislang recht wenig an Erfahrungen und Beispielen vor. **Hahn** sagt in seinem Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 2 zu § 215, der Abs. 2 beziehe sich auf alle Fälle der Versicherungsberechtigung nach § 176, (also nur des freiwilligen Beitritts), nicht aber auch auf die freiwillige Fortsetzung nach § 313. Zur Begründung verweist Hahn auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts 1791 Amtl. Nachr. 1913 S. 833. Weiter meint Hahn, in jedem Falle habe die Satzung das Nähere zu bestimmen. Es dürfe nicht etwa dem Versicherten überlassen werden, sich nur auf Krankenpflege oder nur auf Krankengeld zu versichern. Dagegen erscheine es zulässig, daß die Satzung die Beschränkung der Leistungen überhaupt nur für bestimmte Gruppen von Beitrittsberechtigten einführt oder daß sie für einzelne Gruppen die Leistungen nur auf Krankenpflege usw., für andere nur auf Krankengeld beschränkt. Allerdings müßten die Gruppen in der Satzung selbst in bestimmter Weise allgemein gekennzeichnet sein, so daß für ein Ermessen oder für Willkür der Kassenverwaltung kein Raum bleibt. Der Gleichberechtigung der Mitglieder widerstreite eine solche, den besonderen Verhältnissen der verschiedenen Klassen von Beitrittsberechtigten (§ 176) angepaßte, unterschiedliche Behandlung nicht, zumal danach doch auch die Beiträge verschieden zu bemessen sein würden. Da das Oberversicherungsamt die „Zustimmung" zu einer Einrichtung der besprochenen Art zu erteilen hat, habe es auch zu prüfen, ob die Beiträge der Versicherten mit beschränk-

ten Ansprüchen „entsprechend", das heißt im richtigen Verhältnis zwischen dem Werte der beschränkten und dem Werte der sonstigen Leistungen der Kasse ermäßigt sind. Das Oberversicherungsamt habe neben der Gesetzmäßigkeit auch die Zweckmäßigkeit der Satzungsvorschrift zu prüfen.

Die Auffassung, daß § 215 Abs. 2 nicht für sämtliche freiwillige Mitglieder, sondern nur für die Beitrittsberechtigten (§ 176 RVO.) gilt, wird auch vertreten von Hoffmann, Kommentar zur RVO., Anm. 8 zu § 215. Die neueren Kommentatoren nehmen meist Bezug auf die vorstehend erwähnte Entscheidung des Reichsversicherungsamts.

Nun hat aber der Reichspostminister, abweichend von der hier dargelegten Auffassung der Kommentatoren, bei der Postkrankenkasse auch die freiwillige Weiterversicherung nicht mehr versicherungspflichtiger Beamtinnen nur gegen Gewährung von Krankenpflege eingeführt. In einer längeren Verfügung vom 23. Febr. 1921 (VI a P. 250) geht er davon aus, daß das Gesetz zwei Arten der freiwilligen Versicherung unterscheidet, nämlich 1. freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft (Weiterversicherung) nach dem Aufhören der Versicherungspflicht mit vollen Beiträgen und vollen Kassenleistungen und 2. die Mitgliedschaft auf Grund freiwilligen Beitritts (§ 176 RVO.) mit ermäßigten Beiträgen und auf Krankenpflege beschränkte Kassenleistungen (§§ 3, 6, 35 III der Satzung der Postkrankenkasse). Daraus folgert der Reichspostminister, daß derjenige, der berechtigt ist, sich mit dem Anspruch auf die vollen Kassenleistungen weiterzuversichern, auch berechtigt sein muß, die Versicherung aus eigener Entschließung zu beschränken, und zwar eben nur auf Ansprüche auf die Krankenpflege. Demgemäß ist schon in der Verfügung vom 12. Dezember 1918 den Postkrankenkassen empfohlen worden, Anwärterinnen, die der Kasse binnen drei Wochen (§ 313 RVO., § 3 VIII der Satzung) nach der Anstellung als Post- oder Telegraphen-Gehilfin anzeigen, daß sie ihr lediglich mit dem Anspruch auf Krankenpflege weiter angehören wollen, zur Fortsetzung der Mitgliedschaft zuzulassen. Sie werden dann nur zu den ermäßigten Beiträgen herangezogen (§ 215 Abs. 3 RVO., § 35 III der Satzung), genießen aber sonst die den Weiterversicherten zustehenden Vergünstigungen. Aus den gleichen Erwägungen heraus sollte, so meint der Reichspostminister, den freiwilligen Mitgliedern, die der Kasse mit dem Anspruch auf die vollen Kassenleistungen angehören, jederzeit die Umwandlung ihrer Vollversicherung in eine Versicherung nur für Krankenpflege gestattet werden. Es muß aber, so heißt es in dem Erlaß weiter, zwischen dem Beitragssatz der Vollmitglieder und dem Beitragssatz der nicht voll versicherten Mitglieder die richtig bemessene, sich aus dem Verhältnis der Ausgaben für diese beiden Klassen von Mitgliedern ergebende Spannung bestehen bleiben, und darauf Rücksicht genommen werden, daß in der tunlichst niedrigen Bemessung der Beiträge für die nicht versicherungspflichtigen Beamtinnen ein Anreiz bestehen bleibt, an Stelle der Vollversicherung die beschränkte Versicherung zu wählen. Zu einer Aenderung des Beitragssatzes wäre die Genehmigung des Reichspostministers einzuholen.

Da die Satzungsbestimmung der Postkrankenkasse die Genehmigung der Aufsichtsbehörde gefunden hat, muß man annehmen, daß sich die Anschauung in den maßgebenden Stellen über den § 215 Abs. 2 geändert hat. Jedenfalls entspricht sie ganz den praktischen Bedürfnissen. In der Streitsache, die zur Entscheidung des Reichsversicherungsamtes Ziffer 1791 führte, handelte es sich auch um einen ganz anderen Fall. Eine Betriebskrankenkasse hatte in ihrer Satzung bestimmt, daß sie allen freiwilligen Mitgliedern nur das Krankengeld gewährt. Es war selbstverständlich, daß eine solche Einrichtung schon aus sachlichen Gründen nicht geduldet werden kann. Anders liegen die Dinge, wenn der Beitritt zu der Mitgliederklasse ohne Anspruch auf Barleistungen den freiwillig Versicherten einschließlich der Weiterversicherten freigestellt, also freiwillig ist. Nachdem die Postkrankenkasse die Mauer der bisherigen theoretischen Auffassung durchbrochen hot, muß

auch den anderen Kassen, namentlich den Allgemeinen Ortskrankenkassen, das Recht gegeben werden, die Versicherung mit Beschränkung auf Sachbezüge einzurichten. Es kann doch nicht zweierlei Recht geben und der einen Kasse erlaubt werden, was der anderen verboten ist. Jedenfalls bin ich der Meinung, die Krankenkassen sollten allesamt von der neuen Möglichkeit den weitestgehenden Gebrauch machen und so weiten Kreisen der Versicherten entgegenkommen.

Es müßte hiernach allen Krankenkassen zur Pflicht gemacht werden, ihren Mitgliedern die erörterte Möglichkeit einer auf Sachleistungen beschränkten Versicherung einzuräumen. Dies ist aber nicht nur hinsichtlich aller freiwilligen Versicherten zu verlangen, sondern auch für gewisse andere noch in die Zwangsversicherung einzubeziehende Personengruppen. Es sei in diesem Zusammenhange vor allem auf die kleineren und mittleren Beamten verwiesen. Schon oft ist erörtert worden, ob und wie sie der Krankenversicherungspflicht unterstellt werden sollen. Der Hauptverband der Ortskrankenkassen hat sich auf seiner Tagung im Jahre 1919 mit der Frage beschäftigt und seiner Auffassung dahin Ausdruck gegeben, daß die §§ 169 bis 179 RVO. gestrichen werden müssen. Das wäre zwar ein sehr einfaches und radikales Verfahren, würde aber den praktischen Bedürfnissen der Beamten recht wenig gerecht werden. Sie müßten verhältnismäßig hohe Beiträge für eine Leistung, nämlich das Krankengeld, zahlen, die sie gar nicht brauchen. Den augenblicklichen Anspruch auf Fortzahlung des Gehalts im Falle der Erwerbsunfähigkeit wollen die Beamten doch nicht aufgeben. Neuerdings ist von einer Reihe Abgeordneter der Deutschen Volkspartei eine Anfrage an die Reichsregierung gestellt worden, in der auf die schwierige wirtschaftliche Lage der Beamten hingewiesen und eine gesetzliche Pflichtkrankenkasse für diese verlangt wird. Die Kasse soll nach dem Willen der Antragsteller als besondere Kasse ins Leben treten und mit den Krankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung nichts zu tun haben. Auch zu den behandelnden Aerzten, den Apothekern, Krankenhäusern usw. soll die Kasse in keinerlei Rechtsverhältnis treten. Der Beamte müßte in der Wahl des Arztes usw. völlige Freiheit erhalten.

Wenn, was tatsächlich unerläßlich ist, die Beamten der Krankenversicherungspflicht unterstellt werden, so sollte das nur durch ihre Eingliederung in den Rahmen der Reichsversicherungsordnung und in die schon vorhandenen Krankenkassen geschehen. Warum für sie ein neues Gesetz und besondere Versicherungsträger? Das würde die ohnehin noch genügend verwickelte soziale Versicherung nur noch umständlicher machen. Es liegt auch absolut kein Anlaß dazu vor. Man muß sich von den Gedankengängen, die Beamten seien besondere Menschen und sie müssen von den anderen schön getrennt gehalten werden, endlich frei machen. Diese Anschauungen haben schon Unheil genug angerichtet, wie die gesonderte Angestelltenversicherung beweist. Man darf doch grobe Fehler nur einmal machen.

Es liegt auch gar kein Anlaß zu einer gesonderten Krankenversicherung der Beamten vor. Ihre Bedürfnisse in diesem Punkte unterscheiden sich von denen der anderen gewöhnlichen sterblichen Krankenkassenmitglieder nur dadurch, daß sie kein Krankengeld brauchen. *Also gut, versichern wir sie nur gegen Sachbezüge.* Bringen wir sie in dieselbe Klasse von Versicherten, die bei allen Krankenkassen eingerichtet werden soll, die keinen Anspruch auf Barleistungen haben. Eine Krankenkasse, wie sie sich die Deutsche Volkspartei denkt, die mit den Aerzten, Apothekern usw. in keinerlei Rechtsverhältnis tritt, ist nicht gut denkbar, sie hinge so ziemlich in der Luft. Zudem wäre es für die Versicherten auch völlig ungenügend, wenn die Kasse ihnen nur gewisse Zuschüsse zu den Aufwendungen für die ärztliche Behandlung, Heilmittel usw. gewährte. Warum sollen nicht auch die Beamten Anspruch auf „freie" ärztliche Hilfe usw haben? Neuerdings sind auch die Aerzte selbst Gegner der Bestrebungen geworden, die freie ärztliche Hilfe nach eigenem Ermessen der Krankenkassen durch einen Geldbetrag abzulösen. Nach einer Veröffentlichung des

Aerztevereinsbundes und des Leipziger Aerzteverbandes erblicken diese in einer solchen Einrichtung eine „große Gefahr". Tausende von Kranken würden zu spät und zu selten zum Arzt gehen usw. Die Krankenversicherung sollte nicht eingeengt, sondern — so heißt es in diesem Aufruf vom August 1922 — ausgebaut und erweitert werden. Alle wirtschaftlich Schwachen sollten ihr zugewiesen werden usw. Nachdem die Aerzte, die sonst immer Gegner der Krankenversicherung und besonders auch der „freien" ärztlichen Behandlung auf Grund dieser Versicherung waren, in einer „Linksschwenkung" für den Ausbau der Versicherung nach der Reichsversicherungsordnung eintreten, ist auch dieses Hindernis beseitigt. Die Gesetzgebung sollte die Neugestaltung reiflich erörtern und nicht irrwegige Sonderwünsche berücksichtigen, sondern die Zweckmäßigkeit des Ganzen und das allgemeine Wohl im Auge behalten.

Anmerkung der Schriftleitung: Einer vom Herrn Verfasser selbst gegebenen Anregung folgend, haben wir Herrn Geheimrat Hahn um eine Aeußerung ersucht über das, was im vorstehenden Aufsatz gegen seine Ausführungen im Handbuch d. Kr.Vers. Anm. 2 zu § 215 RVO. vorgebracht ist. Er schreibt uns:

In seinem mir vorgelegten Schreiben an die Schriftleitung bemerkt Herr Kleeis, daß durch die von ihm mitgeteilten „Vorgänge" meine Ansichten „widerlegt" seien. Die Vorgänge, denen diese Kraft innewohnen soll, sind ein Erlaß des Postministers und die Tatsache, daß ein Oberversicherungsamt sich bereit gefunden hat, eine im Sinne des Erlasses vorgenommene Aenderung der Kassensatzung zu genehmigen. Danach — so meint Kleeis im vorliegenden Aufsatze — müsse man annehmen, daß sich die Auffassung des § 215 Abf. 2 RVO. in den „maßgebenden Stellen" geändert habe. Das genügt Herrn Kleeis, „die Mauer der bisherigen theoretischen Auffassung als durchbrochen" anzusehen und, weil es doch nicht „zweierlei Recht" geben könne, allen anderen Krankenkassen zu empfehlen, „von der neuen Möglichkeit den weitestgehenden Gebrauch zu machen".

Wenn Kleeis von einer „theoretischen" Auffassung spricht, so darf man sicher sein, daß er darunter, mit einem Stich ins Geringschätzige, eine Auffassung versteht, die sich, unbekümmert um ein in der Praxis tatsächlich oder vermeintlich hervorgetretenes Bedürfnis, nur an das Gesetz hält. Gegen diese mißbräuchliche, auf anscheinend unausrottbarem Unverständnis des Wortsinnes beruhende Anwendung des Ausdruckes anzukämpfen, erscheint aussichtslos. Es genügt hier, auf den Denkfehler hinzuweisen, der darin liegt, daß, weil es doch nicht zweierlei Recht geben könne, gerade der Minister (und das mit ihm einige Oberversicherungsamt) die richtige Auffassung vertrete, die hiernach den Kassen zur Nachachtung zu empfehlen sei. Seit wann ist Herr Kleeis so autoritätsgläubig, daß ihm als Recht gilt, was der Minister sagt, und nicht, was das Gesetz bestimmt? Nicht ein Wort eigener, selbständiger Abwägung und Kritik der einander gegenüberstehenden Auffassungen findet sich im vorliegenden Aufsatze. Dem praktischen Bedürfnisse genugzutun ist Sache des Gesetzgebers, nicht einer beliebigen Verwaltungsstelle. Der Erlaß des Ministers aber (wenn er so lautet, wie Kleeis ihn mitteilt) steht in krassem Widerspruch mit dem Gesetz und enthält auch einen offenkundigen Widerspruch in sich. Denn er geht ja selbst davon aus, daß das Gesetz zwei Arten der freiwilligen Versicherung, die Weiterversicherung nach § 313 RVO. und den freiwilligen Beitritt nach § 176 RVO., unterscheidet; und wenn das Gesetz im § 215 Abf. 2 nur für die freiwillig Beitretenden (§ 176) eine bestimmte Beschränkung der Kassenleistungen durch die Satzung zuläßt, so bedeutet es geradezu einen logischen Kopfsprung, daraus zu folgern, daß auch der freiwillig Weiterversicherte (§ 313) berechtigt sein müsse, die Versicherung entsprechend zu beschränken. Gerade weil das Gesetz die beiden Fälle der freiwilligen Versicherung — nach Voraussetzungen und Wirkung — voneinander unterscheidet, ist es unzulässig, das, was für den einen Fall durch ausdrückliche Vorschrift (§ 215) zugelassen ist, auf den anderen Fall, für den es an einer entsprechenden Vorschrift fehlt, zu übertragen. Wenn aber die Meinung des Ministers etwa so zu verstehen wäre, daß aus dem Rechte zur Weiterversicherung auf volle Kassenleistungen von selbst, also auch ohne entsprechende Heranziehung des § 215, das Recht des Versicherten folge, sich nur auf einen Teil der regelmäßigen Kassenleistungen zu versichern, und daß ihm sogar „jederzeit die Umwandlung der Vollversicherung in eine Versicherung nur für Krankenpflege gestattet werden" müsse, so wäre des mit Wortlaut und Sinn des § 313 Abf. 1 schlechthin unvereinbar. Denn nach dieser Vorschrift kann der aus der Versicherungspflicht Ausscheidende unter näher bestimmten Voraussetzungen „Mitglied bleiben", d. h. die Mitgliedschaft freiwillig so — und zwar nur so — fortsetzen, wie sie bisher auf Grund der Versicherungspflicht bestand, also mit vollen Rechten und Pflichten. Ließe sich, dem entgegen, die Annahme des Ministers durch den Schluß rechtfertigen, daß das Recht auf Vollversicherung ohne weiteres die Befugnis zu einer Teilversicherung einschließe, so hätte es nicht erst einer Gesetzesvorschrift über die Zulässigkeit des Uebertritts des Weiterversicherten in eine niedere Klasse oder Stufe bedurft, so müßte man ferner auch andere Beschränkungen der Weiterversicherung, z. B. nur auf die Leistungen der Familienhilfe oder der Wochenhilfe oder des Sterbegeldes, gegen entsprechende Minderung der Beiträge, zulassen. Das ist bisher noch niemandem eingefallen, und es hätte auch dem Reichspostminister nicht einfallen sollen, den Krankenkassen zu empfehlen, durch die Satzung eine Weiterversicherung mit Beschränkung auf die Leistungen der Krankenpflege zuzulassen. Solche Satzungsänderungen sind trotz erlangter Genehmigung des Oberversicherungsamts ungültig. Interessant, aber ungesetzlich ist auch die Forderung des Erlasses, „zu einer Aenderung des Beitragssatzes die Genehmigung des Reichspostministers einzuholen". Auch die Postkrankenkassen (Betriebskrankenkassen) sind doch Selbstverwaltungskörper, die über die Höhe der Beiträge im Wege der Satzungsänderung nach freiem Ermessen durch den Ausschuß befinden (§§ 321, 345 RVO.) und hierzu nur der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedürfen (§ 324). Es ist auffällig, daß Kleeis nicht einmal zu

jenem Anspruch des Ministers Anstoß genommen hat. Die Versuche der Grenzverrückung zwischen den Aufgaben des Gesetzgebers und denen der verwaltenden Stellen häufen sich neuerdings in bedenklicher Weise, und gerade von einem ernsten Sozialpolitiker, wie Herrn Kleeis, sollte man erwarten, daß er solche Versuche mit kritischen Stirnrunzeln statt mit befriedigtem Schmunzeln aufnimmt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers, betreffend Aufsicht über die Betriebskrankenkassen des Reichs.

Vom 15. September 1922 (ZtrBl. für das Deutsche Reich S. 687).

I. Im Einvernehmen mit dem Herrn Reichsschatzminister und dem Herrn Reichsminister der Finanzen bestimme ich folgendes:

Die bisher von dem Reichsschatzministerium und seinen nachgeordneten Behörden gegenüber den Betriebskrankenkassen des Reichs wahrgenommene Aufsichts- und Verwaltungstätigkeit geht mit Wirkung vom 1. Oktober 1922 auf das Reichsarbeitsministerium und die von diesem zu bezeichnenden Behörden über.

In haushaltsrechtlicher Beziehung gehen Leistungen und Aufwendungen bereits vom 1. April 1922 zu Lasten des Haushalts des Reichsarbeitsministeriums. Von den bisher zuständigen Behörden geleistete Zahlungen sind als Vorschußzahlungen anzusehen und nunmehr endgültig bei Kapitel VII 14 Titel 1 und 2 der fortdauernden Ausgaben des Haushalts des Reichsarbeitsministeriums für das Rechnungsjahr 1922 zu verrechnen.

Diese Bestimmungen gelten nicht für die Betriebskrankenkassen der Reichspost- und Telegraphenverwaltung, der Reichsverkehrsverwaltung und der Marineverwaltung.

II. Des weiteren bestimme ich folgendes:

1. Es werden angegliedert
   die Betriebskrankenkasse des Reichs in Altona dem Versorgungsamte daselbst,
   die Betriebskrankenkasse des Reichs in Berlin dem Versorgungsamt I Berlin,
   die Betriebskrankenkasse des Reichs in Hannover dem Versorgungsamte daselbst,
   die Betriebskrankenkassen des Reichs in Königsberg und Pillau dem Versorgungsamte Königsberg,
   die Betriebskrankenkasse des Reichs in Leipzig dem Versorgungsamte daselbst.
2. Als Aufsichtsbehörden über die Betriebskrankenkassen des Reichs bestimme ich die den vorbezeichneten Versorgungsämtern übergeordneten Hauptversorgungsämter.
3. Die Ausübung der Rechte der obersten Verwaltungsbehörde (§ 113 Abs. 3 RVO. in Verbindung mit Artikel 56 der Reichsverfassung vom 11. August 1919) behalte ich mir selbst vor.

III. Auf Grund des § 377 Abs. 3 RVO. übertrage ich die den Versicherungsämtern obliegenden Aufgaben, soweit sie nicht vom Spruchausschuß wahrzunehmen sind und soweit nicht nachstehend Ausnahmen vorgesehen sind, den als Aufsichtsbehörden über die Betriebskrankenkassen bestimmten Hauptversorgungsämtern. Es stehen ihnen insbesondere die folgenden Befugnisse zu:

1. Aufsicht über die Betriebskrankenkassen gemäß §§ 30—34 RVO.,
2. Entgegennahme der Anzeige über die Zusammensetzung des Vorstandes (§ 6 Abs. 1 RVO.),
3. Bescheinigung über die Zusammensetzung und den Umfang der Vertretungsmacht des Kassenvorstandes (§ 6 Abs. 2 RVO.),
4. Leitung der Wahlen bei Nichtvorhandensein eines Vorstandes (§§ 339, 333 RVO.),
5. Bestellung von Mitgliedern der Kassenorgane oder ihrer Vertreter bei verweigerter Wahl (§ 379 Abs. 1 RVO.),
6. Wahrnehmung der Geschäfte des Vorstandes oder seines Vorsitzenden oder des Ausschusses im Falle verweigerter Geschäftsführung (§ 379 Abs. 2 RVO.),
7. Entscheidung über Beschwerden wegen Bestrafung eines Vorstandsmitglieds durch den Kassenvorsitzenden (§§ 19, 20 RVO.),
8. Entscheidung über Beschwerden wegen Ordnungsstrafen, die vom Kassenvorstand gegen die Versicherten verhängt sind (§ 529 RVO.),
9. Entscheidung über die Beanstandung gesetz- und satzungswidriger Beschlüsse der Kassenorgane (§ 8 RVO.),
10. Genehmigung zum Verzicht auf Ersatzansprüche gegen die Mitglieder der Kassenorgane und Geltendmachung der Haftung an Stelle der Krankenkasse (§ 23 Absatz 1 RVO.),
11. Mitwirkung bei der Vereinigung von Betriebskrankenkassen und beim Ausscheiden von Mitgliedern, sofern ausschließlich Betriebskrankenkassen des Reichs beteiligt sind, ferner auch bei der Auflösung und Schließung von Betriebskrankenkassen, sofern nicht die Ueberweisung von Mitgliedern an fremde Kassen in Frage kommt (§§ 281—283, 286, 287, 292, 298 RVO.),
12. Genehmigung zur Festsetzung einer Mahngebühr (§ 28 RVO.),
13. Genehmigung zur Uebertragung des Anspruchs auf die Kassenleistungen (§ 119 RVO.),
14. Stellung des Strafantrags bei Verletzung des Amtsgeheimnisses durch Mitglieder der Kassenorgane usw. (§ 141 RVO.),
15. Genehmigung der Krankenordnung (§ 347 Abs. 1 und 2 RVO.),
16. Bestimmung über die Verwahrung von Wertpapieren der Kasse (§ 365 RVO.),
17. Entgegennahme des Rechnungsabschlusses und der sonstigen im § 387 RVO. vorgeschriebenen Nachweisungen,
18. Genehmigung zur Vereinbarung von Vorzugsbedingungen mit Apothekern (§ 373 RVO.).

Dagegen sind von der Uebertragung ausgenommen:

1. die Entscheidung über Streitigkeiten über die Zugehörigkeit von Betrieben oder Be-

triebsteilen zur Betriebskrankenkasse (§ 258 RVO.),
2. die Entscheidung über Beschwerden wegen Ablehnung der Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß §§ 173, 175 RVO.,
3. die Entscheidung über das Versicherungsverhältnis oder über die Verpflichtung, Beiträge zu leisten, einzuzahlen oder zurückzuzahlen (§ 405 Abs. 2 RVO.),
4. die Entscheidung bei Streit über die Berechnung und Anrechnung von Beitragsteilen (§ 405 Abs. 1 RVO.),
5. die Entscheidung über Beschwerden gegen die Ablehnung oder
6. die Anordnung über Gewährung von Sachleistungen bei Trunksüchtigen (§§ 120, 121 RVO.).

In diesen Angelegenheiten bleibt die sachliche Zuständigkeit der Versicherungsämter unberührt. Oertlich zuständig ist das Versicherungsamt, in dessen Bezirk die Betriebskrankenkasse ihren Sitz hat (§ 1785 RVO.).

IV. Der Erlaß des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 8. August 1913 — II 6105 — wird aufgehoben.

B. Zur Krankenversicherung.

Verordnung des Reichsarbeitsministers über Wochenhilfe.

Vom 22. September 1922 (RGBl. I S. 752).

Auf Grund des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 501) wird mit Zustimmung des Reichsrats und der Ausschüsse des Reichstags für soziale Angelegenheiten und für den Haushalt folgendes verordnet:

Artikel I.

In dem Gesetz über Wochenhilfe vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 499) werden ersetzt:

A) Im Artikel I:

a) im § 195a Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung das Wort „zweihundertundfünfzig" durch das Wort „fünfhundert" und das Wort „fünfzig" durch das Wort „einhundertfünfzig",

b) ebenda in Nr. 3 das Wort „sechs" durch das Wort „fünfzehn",

c) ebenda in Nr. 4 das Wort „acht" durch das Wort „dreißig",

d) im § 195c Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung das Wort „einhundert" durch das Wort „zweihundert",

e) ebenda im Abs. 2 das Wort „einhundertundfünfzig" durch das Wort „dreihundert",

f) im § 195d der Reichsversicherungsordnung das Wort „einhundertundfünfzig" durch das Wort „dreihundert",

g) im § 197 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung das Wort „dreihundert" durch das Wort „fünfhundert",

h) im § 205a Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung das Wort „vierundeinehalbe" durch das Wort „fünfzehn" und das Wort „acht" durch das Wort „fünfundzwanzig";

B) im Artikel III bei § 370 der Reichsversicherungsordnung das Wort „dreihundert" durch das Wort „fünfhundert".

Artikel II.

Diese Vorschriften treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Für Entbindungsfälle, die vor dem im Abs. 1 genannten Tage eingetreten sind, ist das Wochen- und Stillgeld für den Rest der Bezugszeit in dem nach diesen Vorschriften erhöhten Betrage zu zahlen.

Verordnung des Reichsarbeitsministers über Wochenfürsorge.

Vom 22. September 1922 (RGBl. I S. 752).

Auf Grund des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 501) wird mit Zustimmung des Reichsrats und der Ausschüsse des Reichstags für soziale Angelegenheiten und für den Haushalt folgendes verordnet:

Artikel I.

In dem Gesetz über Wochenfürsorge vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 502) werden ersetzt:

a) im § 2 die Worte „in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung der Betrag von fünfzehntausend Mark" durch die Worte „im Steuerjahre 1921 den Jahresbetrag von fünfzehntausend Mark oder im Jahre vor der Entbindung den Betrag von dreißigtausend Mark" ferner wird am Schlusse des § 2 nach „Mark" hinzugefügt: „, falls der Betrag von fünfzehntausend Mark zugrunde gelegt worden ist, und um fünftausend Mark, falls der Betrag von dreißigtausend Mark zugrunde gelegt worden ist",

b) im § 3 Abs. 1 Nr. 2 das Wort „zweihundertundfünfzig" durch das Wort „fünfhundert" und das Wort „fünfzig" durch das Wort „einhundertundfünfzig",

c) ebenda in Nr. 3 das Wort „vierundeinehalbe" durch das Wort „fünfzehn",

d) ebenda in Nr. 4 das Wort „acht" durch das Wort „fünfundzwanzig",

e) im § 4 das Wort „einhundertundfünfzig" durch das Wort „dreihundert",

f) im § 6 das Wort „einhundert" durch das Wort „zweihundert",

g) im § 7 das Wort „dreihundert" durch das Wort „fünfhundert",

h) im § 8 das Wort „einhundertundfünfzig" durch das Wort „dreihundert".

Artikel II.

Diese Vorschriften treten mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Wöchnerinnen, die erst nach den vorstehenden Vorschriften als minderbemittelt zu gelten haben, aber vor dem Tage des Inkrafttretens dieser Vorschriften entbunden worden sind, erhalten von diesem Tage ab das Wochen- und Stillgeld für den Rest der Bezugszeit.

Für Entbindungsfälle, die vor dem im Abs. 1 genannten Tage eingetreten sind, ist das Wochen- und Stillgeld für den Rest der Bezugszeit in dem nach diesen Vorschriften erhöhten Betrage zu zahlen.

Zum Begriff des „letzten Jahres“ im Sinne des § 197 RVO. — Keine Anrechnung von Zeiten des Kriegsdienstes und der Erwerbslosigkeit.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Juni 1922 (II a. K. 83/22).

... In Abs. 3 des Abschn. II der mehrerwähnten Verordnung wird allerdings nur der § 195, nicht auch der § 197 der RVO. erwähnt. Daraus kann indessen nicht der Schluß gezogen werden, daß auf das im § 197 erwähnte „letzte Jahr“ die Dauer der Kriegsdienstleistung usw. angerechnet werden müsse. Denn der Begriff des „letzten Jahres“ kann bei Anwendung des § 197 nicht anders ausgelegt werden, als bei der des § 195. Der Begriff des letzten Jahres ist bei den Vorschriften der gleiche. Dies ergibt schon ein Vergleich des Wortlautes der beiden Vorschriften. Denn § 197 spricht nur von dem „letzten Jahr“ schlechthin, ohne anzugeben, von wann ab diese Frist zurückzurechnen ist, während dieser Begriff in § 195 Abs. 1 durch Hinzufügung der Worte „vor der Niederkunft“ begrenzt und verständlich gemacht worden ist. Der § 197 ist also insoweit nur im Zusammenhang mit § 195 Abs. 1 zu verstehen. Ist hiernach davon auszugehen, daß der Begriff des letzten Jahres in beiden Vorschriften der gleiche ist, so bedurfte es der besonderen Erwähnung des § 197 RVO. in Abschn. II Abs. 3 der Verordnung vom 1. März 1917 nicht. Denn es müssen dann ohne weiteres die gleichen Grundsätze, die hinsichtlich der in Frage stehenden Fristberechnung für den Anspruch des Berechtigten gegenüber der Kasse nach § 195 RVO. anzuwenden wären, auch für den Ausgleichsanspruch der Kassen untereinander gelten. Demnach ist auch auf das in § 197 erwähnte letzte Jahr grundsätzlich die Dauer der Kriegsdienstzeit und der Erwerbslosigkeit nicht anzurechnen.

Auch der Zweck des § 197 der RVO., die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern, steht, entgegen der Meinung der Beklagten (zu vergl. auch die Auskunft der „Arbeiter-Versorgung“ 1920 S. 158), der hier vertretenen Ansicht nicht entgegen. Hieraus können maßgebende Gesichtspunkte weder für noch gegen diese Auffassung hergeleitet werden.

Sprechsaal.

Womit ein Versicherungsamt sich beschäftigt.

Von einer Ortskrankenkasse erhalten wir folgende Zuschrift:

„Nach § 30 RVO. erstreckt sich das Aufsichtsrecht des Versicherungsamtes darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Im § 31 ist sodann bestimmt, daß die Aufsichtsbehörde jederzeit die Geschäfts- und Rechnungsführung prüfen kann und daß die Mitglieder seiner Organe, Vertrauensmänner, Beamten und Angestellten der Aufsichtsbehörde auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege und Verhandlungen sowie die von ihnen verwahrten Urkunden, Wertpapiere und Bestände vorzulegen und alles mitzuteilen haben, was zur Ausübung des Aufsichtsrechtes gefordert wird.

Der Wortlaut und Sinn dieser Bestimmungen läßt keinen Zweifel darüber zu, daß diese Befugnisse der Aufsichtsbehörde ausschließlich dazu bestimmt sind, Sicherheit zu schaffen, daß die Krankenkassen die Kassenmittel nur nach den Vorschriften der RVO. und der Satzung verwenden und die Befugnisse ihrer Selbstverwaltung nicht überschreiten.

Das hiesige Versicherungsamt hat bei seinen regelmäßigen Revisionen unserer Kasse sich nicht damit begnügt, die ordnungsmäßige Verwendung der Kassenmittel nachzuprüfen sowie die rechnerische Feststellung des Kassenabschlusses, Feststellung der Kassenbestände, des Bestandes der Wertpapiere und sonstigen Vermögensobjekte vorzunehmen, sondern, da durchaus nichts anderes gegen die Kassen- und Geschäftsführung zu erinnern war, sehr eingehende Untersuchungen darüber angestellt und Beanstandungen dagegen erhoben, daß hinsichtlich der den Vorstandsmitgliedern für die ihnen aus Anlaß der ehrenamtlichen Wahrnehmungen der Kassengeschäfte gezahlten Vergütungen für Zeitverlust (§ 54 RVO.) ein Steuerabzug auf Grund des Einkommensteuergesetzes nicht gemacht worden sei. Obwohl der Kassenvorstand demgegenüber darauf hinwies, daß es sich vorwiegend um Aufwandsgelder handele, die keineswegs ein Einkommen im Sinne des Steuergesetzes darstellen und demnach der Steuerpflicht nicht unterliegen, hat das Versicherungsamt es für angezeigt gehalten, jene Unterlassung dem Finanzamte mitzuteilen. Bei der folgenden Kassenrevision hat sie nicht nur dieselben Beanstandungen erhoben, sondern die Beanstandung auch auf die Sitzungsgelder erstreckt, welche die Kassenausschußmitglieder für die Teilnahme an den Ausschußsitzungen erhalten und die zurzeit 15 Mark für die Dauer von 3 Stunden betragen. Auch hier wird, wie in dem ersten Falle, zweifellos wieder eine Anzeige beim Finanzamt erfolgen, in deren Verfolg sich dann die 90 Kassenausschußmitglieder als Steuersünder vor dem Finanzamt zu verantworten haben werden. Wenn man berücksichtigt, daß bei den heutigen Verhältnissen ein solches Ausschußmitglied schon für Benutzung der Straßenbahn Beträge von 10 bis 12 Mk. aufzuwenden hat, um den Hin- und Rückweg zum Sitzungslokal (bei Landkrankenkassen werden gar noch höhere Fahrtkosten in Frage kommen) zu bewerkstelligen, so ergibt schon das einfache Rechenexempel, daß dem Kassenmitglied zum Verzehr in dem Sitzungslokale noch nicht einmal der Betrag für ein Glas Bier, geschweige ein „Einkommen“ übrig bleibt. Angesichts solcher Lappalien von einem „Einkommen“ zu reden, das dem Steuerabzug unterworfen werden soll, erscheint als eine Absonderlichkeit, die in den „Lustigen Blättern“ als Bürokratenstückchen glossiert zu werden verdient. Welche Aussichten eröffnen sich da den Finanzämtern, wenn sie die ähn-

lichen Bezüge der Schöffen, Geschworenen, Gewerbegerichts-, Kaufmannsgerichts- und Versicherungsamtsbeisitzer zur Besteuerung heranziehen können! — Muß man bei solcher Betätigung des Versicherungsamtes nicht fragen, ob die teure Arbeit von Beamten, die nur einen üppig anschwellenden Schriftwechsel von Behörde zu Behörde zur Folge haben wird, nicht besser verwendet werden kann, als dazu, daß die Versicherungsämter den Kassen unnötigerweise das Leben schwer machen? Haben diese Stellen aus der neuen Zeit, deren Stürme so viel altes Gerümpel hinweggefegt haben, noch nichts gelernt? Es gibt gar viele Dinge, mit denen sich die Versicherungsämter statt dessen beschäftigen sollten, zum Nutzen für die Allgemeinheit und besonders für die Versicherungsträger. Schließlich sind die Versicherungsämter doch *nicht nur* zur Aufsicht da, sondern sie sollen die Versicherungsträger auch in ihrer Geschäftsführung soweit als nötig unterstützen. Daß sie, die Versicherungsträger, statt sie zu unterstützen und zu beraten, *denunzieren* sollen, daran hat der Gesetzgeber gewiß nicht gedacht.

Vielleicht dienen diese Zeilen dazu, die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf solche Mißstände zu lenken und der überflüssigen Betätigung mancher Versicherungsämter Einhalt zu tun. Den Finanzämtern wird das Versicherungsamt mit seinen Denunziationen auch keinen Gefallen erweisen; obwohl diese Stellen gern Geld nehmen, so erweisen sie sich meist doch viel weniger kleinlich und viel verständiger als manche übereifrige Bürokraten in den Versicherungsämtern.“

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Ueber den 26. deutschen Krankenkassentag in Karlsruhe wird ein ausführlicher Bericht im Druck erscheinen. Einem kurzen Berichte von Rechtsanwalt Dr. Georg *Baum* (Berlin) entnehmen wir auszugsweise folgendes („Ortskrankenkasse“ v. 16. 9. 22):

An der Versammlung nahmen mehr als 1200 Delegierte teil, die über 500 Ortskrankenkassen vertraten. Als Ehrengäste waren u. a. vom Reichsversicherungsamt: Präsident Dr. *Kaufmann* und Oberregierungsrat Dr. *Tränckner*, vom badischen Arbeitsministerium: Ministerialdirektor Dr *Fuchs*, vom preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt: Ministerialrat *von Geldern*, vom sächsischen Arbeitsministerium: Ministerialrat Dr. *Hänel*, von der Landesversicherungsanstalt Baden: Regierungsrat *Jung*, von der Stadt Karlsruhe: Bürgermeister *Sauer*, vom Allgemeinen deutschen Gewerkschaftsbund: Sekretär Hermann *Müller*, ferner Vertreter österreichischer Kassen und von Kassen aus den abgetretenen Gebieten.

Der Verbandsvorsitzende Präsident *Fräßdorf* leitete die Verhandlungen. Aus den üblichen Begrüßungsansprachen heben wir folgendes hervor:

Präsident Dr. *Kaufmann* (Berlin): Tagungen wie die heutige geben Gelegenheit, den Trägern der Sozialversicherung den Puls zu fühlen. Hier ergibt sich die Diagnose, daß die Krankenkassen von dem Geiste eines gesunden sozialen Fortschritts erfüllt sind. Sie haben den Weltkrieg überstanden, und wenn auch gerade die letzten Wochen die Schwierigkeiten unserer sozialen Gesundung in das Ungemessene gesteigert haben, werden sie sich doch der Aufgabe unterziehen, aus der sozialen Fürsorge angesichts der harten Notwendigkeiten das Beste und für den Wiederaufbau das Wertvollste zu retten. Der zeitgemäße Aufbau der sozialen Versicherung muß schnellstens in die Wirklichkeit übergeführt werden. *Die Zersplitterung muß beseitigt, die Versicherungsträger möglichst wenig durch Eingriffe vom grünen Tisch in ihrer freien Entwicklung beschränkt werden.* Den Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger fallen hier besonders wichtige Aufgaben zu. Namens des Reichsversicherungsamts wünscht der Redner der Tagung besten Verlauf.

Präsident *Fräßdorf*: Wenn den Kassen der Puls gefühlt wird, ergibt sich kein schönes Bild der deutschen Sozialversicherung. Wir leben in einer trüben Zeit, die durch den Marksturz noch verschärft ist. Die Volksernährung ist gefährdet, alle Gehaltserhöhungen sind schon überholt und nutzlos, ehe sie ausgezahlt werden. *Die Krankenversicherung ist an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angelangt. Sie ist erledigt, wenn jetzt größere Arbeitslosigkeit eintritt.* Beiträge von 10 Prozent und Herabgehen auf die Regelleistungen kommen jetzt vielfach vor. Einen Teil der Schuld, wenn auch nicht die ganze, trägt die Reichsregierung und der Reichstag, der wichtige Gesetze in zwölfter Stunde aus dem Aermel schüttelt. Beiträge und Leistungen müssen im Einklang bleiben. Das sollte auch der Gesetzgeber im Auge behalten. Statt dessen zwingt er die Kassen bei Erhöhung der Grundlöhne, sofort die erhöhten Leistungen zu gewähren, während sie die Beiträge in entsprechender Höhe erst sechs Wochen später erhalten. Auch die Wochenhilfe durfte nur soweit ausgebaut werden, als den Kassen die nötigen Mittel zur Verfügung gestellt werden. Das Selbstbestimmungsrecht der Kassen muß erweitert werden, damit sie den Zeitverhältnissen entsprechend schnell die nötigen Beschlüsse und Satzungsänderungen vornehmen können. *Zentralisation ist nötig. Innungskrankenkassen und kleine Betriebskrankenkassen haben keine Existenzberechtigung mehr. Die Ersatzkassen müssen restlos beseitigt werden.* In ihnen zeigt sich der schlimmste Separatismus, ihre Agitation tritt jedes Solidaritätsgefühl mit Füßen. Warum hier gerade die Zentrumspartei die nötigen Maßnahmen hindert, ist nicht zu ersehen. *In der Arztfrage* muß die Waffengleichheit herbeigeführt werden. Wir wollen keinen Kurierzwang, es muß aber auch der entsprechende Zwang *gegen die Kassen* beseitigt werden, sie *müssen die Freiheit haben, statt ärztlicher Behandlung Barleistungen zu gewähren.* Die Bedenken, die hiergegen bestehen, müssen angesichts der wirtschaftlichen Not zurücktreten. Die Kassen verlangen, daß der Reichstag endlich ihren Notruf hört, nur dann können sie unter den jetzigen Verhältnissen die Verantwortung weiter tragen.

Es folgte der Geschäftsbericht des Verbandsgeschäftsführers *Lehmann* (Dresden), dann ein Vortrag des Professors Dr. *Wintz* (Erlangen) über „Röntgentherapie und Krankenkassen“. Am zweiten Verhandlungstage wurde die Reform der Reichsversicherungsordnung erörtert. Ueber „Probleme beim Umbau der Sozialversicherung“ sprach Ministerialrat Dr. *Schulz* (Reichsarbeitsministerium, Berlin). Er gab eine Darstellung der bisherigen Arbeiten des Reichsarbeitsministeriums auf diesem Gebiete. Auf dem Gebiet der Wohlfahrtspflege und des Heilverfahrens könnte bei geeigneter Zusammenfassung der

kräfte mehr geleistet werden. Die Versicherungsanstalten arbeiten zu bureaumäßig. Wirksamer Zusammenschluß ist nötig, allgemeine Richtlinien genügen nicht. Zwang zur Krankenhauspflege kann den Versicherungsträgern nicht auferlegt werden, wohl aber kann im Wege der Selbstverwaltung auf die Kassen eingewirkt werden, die sich der Krankenhauspflege entziehen. ... Die Selbstverwaltung hat sich vielfach nach falschen Prinzipien entwickelt. Im Rahmen der auf Selbstverwaltung des Volkes beruhenden Demokratie hat die Selbstverwaltung der Versicherungsträger einen Teil ihrer Bedeutung verloren. Sie hat ihre Grenze nach dem Maße der Verantwortung, das der einzelne Versicherungsträger tragen kann. Die Selbstverwaltung muß mehr in die Hände der großen Verbände gelegt werden. Die Aufsichtsbehörde muß weitgehende Rechte haben, davon aber möglichst wenig Gebrauch machen. Das Mitbestimmungsrecht der Versicherten darf nicht nur nach der Quote bestimmt werden, in der die Beiträge aufgebracht werden. Der Einfluß ist bei den Berufsgenossenschaften für die Arbeitnehmer, bei den Krankenkassen für die Arbeitgeber unzureichend. Im allgemeinen müssen Arbeitgeber und Arbeitnehmer paritätisch bei der Verwaltung mitwirken. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Krankenkassen zum Unterbau der gesamten Sozialversicherung werden sollen. Die Organisation der Kassen muß vereinfacht werden, insbesondere müssen die kleinen Kassen beseitigt werden. Im Interesse der Sparsamkeit und Vereinfachung der Verwaltung empfiehlt sich die Befreiung größerer Unternehmer von der Meldepflicht (natürlich unter Kontrolle der Kasse), vielleicht auch Uebergang von der Mitgliedermeldung zur Stellenmeldung und Beseitigung der Kassenrechnungen dadurch, daß der Arbeitgeber die Beiträge selbst zu berechnen hat. Die Frage der Beseitigung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte liegt lediglich bei dem Reichstag. Bleibt sie aber bestehen, so muß sie fest in den Rahmen der Sozialversicherung eingefügt werden. Sie kann trotzdem den selbständigen Versicherungsträger, das eigene Heilverfahren und die selbständige Vermögensverwaltung behalten, die ihre Anhänger fordern. Es muß aber namentlich der Versicherungsmathematik der allzu große Einfluß genommen werden, den sie in der Angestelltenversicherung, z. B. bei den Anwartschaften spielt. Die Unfallversicherung muß bestehen bleiben, da der Arbeiter nicht auf den Schadensersatzanspruch gegen den Unternehmer verwiesen werden kann. Die Organisation der Berufsgenossenschaften muß aber vereinheitlicht werden, insbesondere muß für jede Provinz eine Berufsgenossenschaft bestimmt werden, die ausschließlich für Heilverfahren und Wohlfahrtspflege zuständig ist. Die Auswechslung der Angestellten unter den Versicherungsträgern ist nötig und kann durch Vereinheitlichung der Dienstordnungen gefördert werden. Vereinfacht werden muß die Ueberwachung der Beitragseinziehung. Die Krankenkassen eignen sich am besten zu Trägern der Kontrolle. Den Versicherungsträgern könnte auch ein Vorschlagsrecht für die Stellen der Vorsitzenden der Versicherungsämter und Oberversicherungsämter eingeräumt werden. Die dritte Instanz in Versicherungsstreitsachen kann wesentlich abgebaut werden. Das letzte Wort in Sachen des Umbaues der Reichsversicherung ist Sache der Politik. Die Fachleute dürfen nichts vorschlagen, was von vornherein der Ablehnung im Reichstag sicher ist. Alle Fragen müssen aber eingehend in schriftlicher und mündlicher Diskussion geklärt werden.

Ueber „Zentralisation der Krankenversicherung" sprach Direktor Julius Cohn (Berlin). Bei Erlaß der Reichsversicherungsordnung begann man einzusehen, daß kleine Kassen nichts leisten können und in Zeiten mit schlechtem Gesundheitszustand und bei Epidemien zusammenbrechen müssen. Diese Einsicht zeigt das Gesetz aber nur bei den Ortskrankenkassen, während es bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen die alten Zustände möglichst bestehen ließ. An Stelle der unbrauchbaren Gemeindekrankenversicherung ist ein neuer überflüssiger Versicherungsträger, die Landkrankenkasse, errichtet worden. Es mag zutreffen, daß die landwirtschaftlichen Arbeitgeber die Landkrankenkassen wünschen; für die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer bezweifle ich dies. Es geht auch ohne Landkrankenkassen, wie viele Teile Deutschlands beweisen. Die Betriebskrankenkassen sind oft nicht leistungsfähig; geben sich jedoch nach außen hin einen anderen Anschein. Sie sind für ihre Mitglieder eine gesundheitliche Gefahr; bei Geschlechtskrankheiten und chronischen Leiden hütet sich der Arbeitnehmer, die Kasse in Anspruch zu nehmen, um nicht entlassen zu werden. Die Arbeitnehmer sind bei diesen Kassen nur Dekoration. Die Verwaltung liegt in den Händen des Unternehmers. Die Betriebskrankenkassen sind, von wenigen abgesehen, fortschritthemmend und schädigen die Mitglieder. Redner wendet sich weiter scharf gegen die vielen leistungsunfähigen Innungskrankenkassen und die Ersatzkassen. Die Befreiungsanträge verursachen den Allgemeinen Krankenkassen große Kosten. Die Leistungen der Ersatzkassen sind aber vielfach ungenügend. Durch die Geldentwertung sind alle Gründe für die Sonderkassen erledigt. Die Ersatzkassenfrage muß sofort erledigt werden. Wir fordern die Zwangsverbände als Uebergangsmaßnahme, da die Zentralisation nicht von heute auf morgen durchzuführen ist. Allgemein wird die Auflösung der Betriebs- und Innungskrankenkassen gefordert, denn eher kann die Familienversicherung nicht allgemein eingeführt werden. Wir fordern eine einheitliche Arbeiterversicherung.

Zum „Ausbau der Krankenpflege, insbesondere der ärztlichen Versorgung" begründet Geschäftsführer Helmut Lehmann (Dresden) eingehend folgende Entschließung:

„Die zentralen Vereinbarungen zwischen den Organisationen der Aerzte und der Krankenkassen haben ebensowenig wie die Ausgestaltung des Schiedsverfahrens die Gegensätze zwischen Aerzte und Krankenkassen zu mildern vermocht. Trotzdem muß bis zu einer anderweiten gesetzlichen Regelung an der Tarifpolitik festgehalten werden.

Der Ortskrankenkassentag verlangt jedoch erneut eine ärztliche Reichsgebührenordnung, eine zentrale Regelung für die Pauschalhonorare, die Staffelung der ärztlichen Gebühren nach Ortsklassen und die Vereinbarung von Mustern für Kassenarztverträge.

Mit Bedauern muß festgestellt werden, daß der weitreichende Einfluß der Aerzteorganisationen die seit Jahren geforderte gesetzliche Neuordnung des ärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung bisher zu vereiteln gewußt hat. Inzwischen aber hat die wirtschaftliche Entwicklung die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen in bedrohlichster Weise erschüttert. Statt die Kassenleistungen, insbesondere die Familienkrankenpflege auszugestalten, sind die Kassen zu einem allmählichen Abbau ihrer Mehrleistungen gezwungen.

Die Ueberfüllung des Aerzteberufes und der daraus resultierende Versuch der Aerzteorganisation, die Krankenversicherung für die Versorgung der

überzähligen Aerzte dienstbar zu machen, muß daher die Krankenkassen einer Katastrophe entgegenführen. Alle Schutzmaßnahmen der Kassenverwaltungen und alle Kontrolleinrichtungen der Aerzteorganisationen haben dem Mißbrauch der Kassenleistungen nicht wirksam genug zu steuern vermocht. Trotz dauernder Honorarerhöhungen sind die Aerzte unzufriedener denn je, ist die Güte der ärztlichen Behandlung heute ebenso zweifelhaft wie früher. Daran hat weder die fast allgemeine Einführung der organisierten freien Arztwahl noch die Bezahlung der Aerzte nach Einzelleistungen Wesentliches zu ändern vermocht.

Der 26. deutsche Ortskrankenkassentag weist Regierung und Reichstag daher erneut darauf hin, daß die Arztfrage zum Zentralproblem der Krankenversicherung geworden ist. Nicht nur ihr Ausbau, sondern geradezu ihr Fortbestehen hängt von der Lösung dieses Problems ab.

Da jedoch weder eine erleichterte Anwendung des § 370 RVO. noch eine gesetzliche Regelung des Schiedsverfahrens den Krankenkassen die Handlungsfreiheit gewähren, die zu einer Gesundung notwendig ist, so fordert der Ortskrankenkassentag von der Gesetzgebung die Beseitigung des Zwanges, freie ärztliche Behandlung und Arznei ohne Rücksicht auf die Höhe der Kosten zu gewähren. Die Krankenkassen sollten grundsätzlich nur zu Barleistungen verpflichtet, jedoch gehalten sein — soweit es sie nicht mehr belastet — durch Satzungsbestimmung Sachleistungen der Krankenpflege im Umfange des örtlichen Bedürfnisses und der Leistungsfähigkeit beizubehalten oder einzuführen. Die Gesetzgebung kann das Vertrauen zu der Selbstverwaltung der Versicherten und Arbeitgeber haben, daß sie die Krankenpflege so gestalten werden, um mit dem geringsten Kostenaufwand den höchsten Nutzen für die Volksgesundheit zu erreichen."

Ueber „Familienhilfe und Kinderfürsorge" sprach Direktor Eisenhuth (Köln): Die Länder und Gemeinden müssen sich an den Kosten des Wiederaufbaues beteiligen. Die Kassen können sie nicht allein tragen. Die Familienhilfe muß alle Kassenleistungen mit Ausnahme des Krankengeldes erfassen. Allerdings kann die Abgabe von Arzneien einschränkenden Bestimmungen der Kassensatzung vorbehalten bleiben, auch die Gewährung der Arzthilfe in Natur muß mit Rücksicht auf die gesamte Arztfrage besonders geregelt und der Kasse die Bewegungsfreiheit vorbehalten bleiben. Redner schildert eingehend die in Köln im Zusammenwirken der Kassen der Stadt und der Fürsorgeorganisationen getroffenen Maßnahmen auf dem Gebiet der Kinderfürsorge. Sie sind allen Kassen als Vorbild zu empfehlen. Die Rettung der Jugend unseres Vaterlandes muß das höchste Ziel bleiben. — —

Die Aussprache über alle drei Referate wurde verbunden. Hervorzuheben ist folgendes: Verbandsvorsitzender Fräßdorf: Ministerialrat Schulz hat nur seine persönliche Ansicht, nicht die des Arbeitsministers oder des Hauptvorstandes ausgesprochen. Die paritätische Vertretung der Arbeitgeber und Versicherten in den Krankenkassen ist abzulehnen. Auch bei ihrer Durchführung würden die hervorragenden Arbeitgeber nicht, wie der Referent es wünscht, in die Kassenvorstände eintreten, sie würden auch dann noch die Kleinarbeit scheuen. Das Selbstverwaltungsrecht der Kassen darf beim Umbau der Versicherung unter keinen Umständen eingeschränkt werden.

Ministerialrat Schulz: Die Krankenversicherung ist der Eckpfeiler der Sozialversicherung. Sie kann nur Grundlage des Umbaues werden, wenn die Parität eingeführt wird. Die Selbstverwaltung muß aufrechterhalten bleiben, muß aber auf die richtigen Schultern gelegt werden.

Zur Reform der Reichsversicherungsordnung schlägt der Vorstand folgende Entschließung vor:

„Die deutsche Sozialversicherung entwickelt sich unter den Nachwirkungen des Weltkrieges immer mehr nach der Richtung einer allgemeinen sozialen Fürsorge. Dieser Entwicklung Rechnung tragend, werden für den Umbau der Reichsversicherungsordnung folgende grundsätzliche Forderungen aufgestellt: Organisatorische Zusammenfassung der Träger der Sozialversicherung und engstes Zusammenwirken mit der Sozialfürsorge. Ausgestaltung der Selbstverwaltung der Versicherungsträger. Erweiterung des Umfanges der Versicherung. Ausgestaltung der Leistungen. Neugestaltung der Lastendeckung.

Organisatorische Zusammenfassung der Träger der Sozialversicherung und engstes Zusammenwirken mit der Sozialfürsorge.

Zusammenfassung aller Zweige der Sozialversicherung in einem örtlichen Organ durch Ausbau der Krankenversicherung. Sie ist innerhalb eines Verwaltungsbezirks zu einer Verwaltung zusammenzulegen. Das örtliche Versicherungsorgan hat sich, soweit notwendig, nach größeren Betrieben und nach Unterbezirken zu gliedern. Auch sind ihm die Verwaltungsaufgaben der Versicherungsämter zu übertragen. Diese sollen lediglich Schlichtungsstellen für Streitigkeiten aus der Sozialversicherung werden.

Das örtliche Versicherungsorgan hat die Leistungen festzusetzen und zu gewähren. Ihm ist volle Selbstverwaltung zu gewährleisten. Die Aufsicht übt der bezirkliche Versicherungsträger aus.

Zur Herabminderung der Verwaltungskosten und zur Vereinheitlichung der Fürsorgemaßnahmen ist die bezirkliche Zusammenfassung der verschiedenen Versicherungszweige erwünscht. Voraussetzung hierfür ist neben dem gemeinschaftlichen örtlichen Unterbau die Gliederung der Versicherungsträger nach größeren Verwaltungs- oder Wirtschaftsbezirken (Provinzen, Länder). Die getrennt weiterbestehenden Versicherungsträger können zunächst gemeinschaftlich verwaltet werden. Dieser Bezirksorganisation der Sozialversicherung wäre der Lastenausgleich in ihrem Bezirke und die Schaffung und Verwaltung solcher Fürsorgeeinrichtungen zu übertragen, für die die örtlichen Kräfte nicht ausreichen (Ambulatorien, Heilstätten, Genesungsheime, Bäderfürsorge).

Ergänzend sollte ein Lastenausgleich für das Reich unter den Versicherungsträgern hinzutreten. Das Zusammenwirken mit den Trägern der öffentlichen Sozialfürsorge (Gemeinden, Gemeindeverbände) ist durch Bildung von Zweckverbänden, denen auch die Durchführung der Krankenhauspflege zu übertragen ist, herbeizuführen.

Ausgestaltung der Selbstverwaltung der Versicherungsträger.

Die örtlichen Versicherungsorgane sind unter der Verantwortung ehrenamtlicher Körperschaften zu verwalten. Diese sollen aus allgemeinen Wahlen der Versicherten und Arbeitgeber hervorgehen und die zur Erledigung der Verwaltungsgeschäfte erforderlichen Arbeitskräfte anstellen.

Die bezirklichen Versicherungsträger sollen von ehrenamtlichen Körperschaften ver-

waltet werden, die von den Versicherungsvertretern der örtlichen Versicherungsorgane zu wählen sind. Sie sollen lediglich der Aufsicht des Reichsversicherungsamts unterliegen und berechtigt sein, ihre Verfassung und das Ausmaß und die Durchführung ihrer Leistungen unter Beobachtung der Gesetze selbst zu bestimmen.

Die verantwortlichen Beamten der Versicherungsbehörden von deren ehrenamtlichen Beisitzern gewählt werden.

Erweiterung des Umfanges der Versicherung.

Die Versicherung hat sich grundsätzlich auf alle gegen Entgelt Beschäftigten ohne Rücksicht auf dessen Höhe zu erstrecken. Die Beiträge der Versicherten sind nach einem Höchsteinkommen zu begrenzen. Neu einzubeziehen in die Versicherung sind alle selbständigen und freien Berufe, soweit sie wirtschaftlich zum Kreise der Versicherten gehören. Der Versicherung sollen auch die öffentlichen Beamten unter Wegfall aller Befreiungsmöglichkeiten unterliegen. Die Versicherung dieser Gruppen soll sich zunächst auf Gewährung von Krankenpflege, Wochenhilfe, Alters- und Hinterbliebenenrenten beschränken.

Ausgestaltung der Leistungen.

Die von dem örtlichen Versicherungsorgan zu gewährenden Leistungen sollen ohne Rücksicht auf die Ursache des Versicherungsfalls lediglich nach dem Fürsorgezwecke gegliedert werden. Als solche Leistungen kommen in Betracht:

Sachleistungen (Gesundheitspflege, Wochenhilfe, vorbeugendes Heilverfahren, Krankenfürsorge). Einzelne dieser Leistungen können durch Barleistungen abgelöst werden.

Barleistungen zur Sicherung eines Existenzminimums: (vorübergehend oder dauernd Erwerbsunfähige, Erwerbsbeschränkte, Erwerbsbehinderte, Hinterbliebene und Erwerbslose). Einzelne dieser Barleistungen können durch Sachleistungen abgelöst werden.

Die Arbeiterinvalidenversicherung ist zu verbessern durch Gewährung einer Witwenrente. Sie ist ebenso wie die Witwenrente der Angestelltenversicherung zu staffeln nach dem Grade der Erwerbsbeschränkung und dem Grade der Erwerbsbehinderung infolge von Kindererziehung. Die Invalidenrente ist bei Berufsunfähigkeit zu gewähren, aber ebenso wie das Ruhegeld der Angestelltenversicherung nach dem Grade der Erwerbsbeschränkung abzustufen. Alle Barleistungen sind nach dem Familienstande zu staffeln.

Neugestaltung der Lastendeckung.

Von den gegen Entgelt tätigen Versicherten werden Beiträge nach Hundertsteln des Entgelts erhoben. Von den Unternehmern wird eine Sozialsteuer in Hundertsteln der Summe der den Beschäftigten gezahlten Entgelte und gestaffelt nach der Gefahr des Betriebes zusammen mit den Beiträgen erhoben. Von den Selbständigen wird ebenfalls eine Sozialsteuer, berechnet nach Hundertsteln ihrer Einkommensteuer, erhoben.

Die Gemeinden und Gemeindeverbände sind zur Abgeltung der ihnen von den Versicherungsträgern abgenommenen Lasten bei der Aufbringung der Mittel für die Zweckverbände in stärkerem Maße als bisher heranzuziehen."

Diese Entschließung wurde angenommen, ebenso wie die oben erwähnte Entschließung zur Arztfrage.

Am dritten Verhandlungstage stand das Reichsversorgungsgesetz auf der Tagesordnung. Abteilungsvorsteher E. Rieger (Berlin) schildert die Schwierigkeiten, die sich in der Praxis besonders durch das bureaukratische Auftreten der Versorgungsämter ergeben haben, die die Kassen nicht als gleichberechtigte Faktoren anerkennen wollen. Die Versorgungsämter machen insbesondere alle möglichen Schwierigkeiten wegen Ueberlassung und Einsicht der Akten. Ihre Feststellungen, die angeblich auf Grund der Akten getroffen sind, halten bei Nachprüfung durch die sozial geschulten Aerzte der Kassen vielfach nicht stand. Redner begründet eingehend nachstehende Entschließung:

„Der 26. deutsche Ortskrankenkassentag erhebt nachdrücklich die Forderung auf eine durchgreifende Abänderung des Reichsversorgungsgesetzes in seinem das Heilverfahren betreffenden Teile. Grundsätzlich hält der Verbandstag daran fest:

1. Daß Barleistungen für Zugeteilte von den Versorgungsbehörden unmittelbar und nur die Krankenpflege und Krankenhauspflege von den Krankenkassen zu gewähren sein soll.
2. Daß den Beschädigten bei einer durch Dienstbeschädigung herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit die Vollrente samt den entsprechenden Teuerungszuschlägen zustehen muß mit der Maßgabe, daß Versicherten das ihnen von ihrer Krankenkasse satzungsmäßig zu zahlende Krankengeld anzurechnen ist.
3. Daß das in §§ 12 und 13 RVG. vorgesehene Erfordernis einer nachzuweisenden Einkommensminderung fortfällt.
4. Der Ortskrankenkassentag wiederholt ferner seine vorjährige Forderung auf Ausdehnung der Ersatzpflicht des Reiches nach § 14 bis zum 1. April 1930 sowie auf Erstattung des Aufwandes für kleinere Heilmittel, auch in allen denjenigen Fällen der Heilbehandlung, in denen Arbeitsunfähigkeit nicht vorliegt.

Darüber hinaus beansprucht der 26. Krankenkassentag:

a) Den nach § 14 des Gesetzes den Krankenkassen zu gewährenden Ersatz auf das volle satzungsgemäße Krankengeld bei Heilanstaltspflege und auf zwei Drittel des satzungsmäßigen Krankengeldes bei sonstigen Heilbehandlungen zu erhöhen.
b) Den § 15 dahingehend zu ändern, daß den Kassen ohne besonderen Nachweis eine angemessene pauschale Abfindung für die Heilbehandlung zu gewähren ist.
c) Grundsätzlich sind die vollen Verwaltungskosten (nach § 15) den Kassen zu ersetzen. Werden diese durch das zwischen Arbeitsministerium und Kassenverbänden verabredete Pauschale nicht gedeckt, so muß es den Kassen freistehen, ihre höheren Aufwendungen nachzuweisen. In solchen Fällen sind den Kassen die vollen Kosten vom Reich zu erstatten.
d) Den Krankenkassen muß der Ersatz ihrer für nichtversicherte Beschädigte pflichtgemäß unter Beobachtung der gesetzlichen Bestimmungen gemachten Aufwendungen (§ 15 RVG.) auch dann unbedingt gesichert sein, wenn das Gutachten des vom Beschädigten (mit Reichsbehandlungsschein) in Anspruch genommenen Arztes (Kassenarztes) den Zusammenhang der jeweiligen Krankheitserscheinungen mit dem anerkannten Versorgungsleiden festgestellt, der Arzt der Versorgungsbehörden einen solchen Zusammenhang aber verneint! Will

die Versorgungsbehörde eine Nachprüfung der gutachtlichen Feststellungen des behandelnden Arztes erwirken, so hat sie die im ärztlichen Reichstarif für das Versorgungswesen vorgesehene Gutachterkommission anzurufen.

e) Der § 17 RVO. bedarf einer Abänderung dahingehend, daß Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Reich in jedem Fall in dem für die Krankenversicherung vorgesehenen Spruchverfahren zu entscheiden sind, doch soll, wenn der Zusammenhang des behandelten Leidens mit dem Versorgungsleiden zweifelhaft ist oder von den Versorgungsbehörden bestritten wird, die Abgabe an das Versorgungsgericht zur Entscheidung dieser Frage zulässig sein.

f) Der § 115 RVO. — betreffend Rechtshilfe — hat auch gegenüber den Versorgungsbehörden Anwendung zu finden."

Auch diese Entschließung wurde einstimmig angenommen.

Umgehung des § 160 Abs. 2 RVO. durch Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

In Ergänzung der im Jahrg. 1921 S. 596 enthaltenen Mitteilung über einen eigenartigen Fall einer Schiebung zum Nachteil der Kasse, teilt uns der damalige Einsender mit, daß nunmehr durch Urteil des Landgerichts, unter Aufhebung der freisprechenden Vorentscheidung, der Arbeitgeber wegen versuchten Betruges zu 300 M. Geldstrafe verurteilt, die Freisprechung der Ehefrau dagegen aufrechterhalten worden ist.

Beantwortung von Anfragen.

Den Beziehern der „Arbeiter-Versorgung" erteilen wir Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet gegen eine der fortschreitenden Geldentwertung angemessene und von Fall zu Fall festzusetzende Vergütung bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung dazu oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Die Veröffentlichung an dieser Stelle behalten wir uns vor.

Maßgebende Lohnstufe für Bemessung des Sterbegeldes nach § 201 RVO.

1. **Nach Krefeld.** Antwort: Für beide Fälle Ihrer Anfrage gilt grundsätzlich das gleiche, nämlich: Maßgebend für die Bemessung des Sterbegeldes nach § 201 RVO. ist der zur Zeit des Todes des Versicherten für ihn geltende Grundlohn (Entsch. des RVA. 2531 Amtl. Nachr. 1919 S. 353, Arb.-Vers. 1919 S. 492), also in den vorliegenden Fällen der Grundlohn der Lohnstufe, in die der Versicherte gehört. Die Zugehörigkeit zu einer Lohnstufe aber bestimmt sich, unabhängig von Handlungen des Kassenvorstandes (Zuteilung) oder des Arbeitgebers (Meldung der Lohnverhältnisse), lediglich nach den wirklichen Lohnverhältnissen (zu vgl. Entsch. des preuß. ObVerwGer. in Arb.-Vers. 1913 S. 512); nur ist dabei die Vorschrift des § 318 Abs. 3 RVO. zu beachten, wonach im Falle einer Lohnänderung die Lohnstufe sich erst mit der nächsten Beitragszahlung, d. h. mit dem nächsten satzungsmäßigen Zahltag ändert (zu vgl. Arb.-Vers. 1921 S. 179 Ziff. 10).

Zur Auslegung des Abkommens vom 22. 3. 22. zwischen Krankenkassen und Aerzten.

2. **Nach Gr.** Antwort: Nach Ziff. Ia der Ergänzungsbestimmungen zum Tarifabkommen vom 22. 3. 22 (Arb.-Vers. Heft 12, S. 186, 187) soll bei Bezahlung nach Einzelleistungen in der Regel die Zahl von vier Beratungen und Besuchen im Vierteljahrsdurchschnitt nicht überschritten werden, und nach Ib dürfen von dem vierteljährlichen Gesamthonorar auf Sonderleistungen nicht mehr als 30 v. H. entfallen. Die Meinung, daß bei der Bestimmung unter Ia die Fälle auszuscheiden hätten, in denen der Kassenarzt Versicherte im Krankenhause behandelt, halten wir für ebenso unbegründet wie die Ansicht, daß Operationen nicht zu den Sonderleistungen im Sinne der Bestimmung zu Ib gehören sollen. Es ist nicht zu erkennen, womit diese Auffassungen gerechtfertigt werden könnten. Dagegen teilen wir die Auffassung, daß bei Berechnung der 30 v. H. nach Ib die Wegegebühren außer Betracht bleiben müssen. In dem früheren Tarifabkommen vom 9. 12. 19 (Arb.-Vers. 1920 S. 37) war dies unter Ziff. 3 Abs. 2 ausdrücklich ausgesprochen. Wenn es in dem neuen Abkommen unter Ib an einem solchen Ausspruch fehlt, so sollte hieran gewiß nichts geändert werden; vielmehr muß der in diese Bestimmung aufgenommene Ausdruck „Gesamthonorar" gleichfalls dahin verstanden werden, daß die Wegegebühren außer Betracht bleiben, weil sie nicht Honorar, sondern Entschädigung für Auslagen darstellen. Endlich halten wir für richtig auch die Auffassung, daß es bei Anwendung der Ziff. Ia des neuen Abkommens nur darauf ankommt, daß von den Aerzten „zusammen" die Zahl von vier Beratungen und Besuchen im Vierteljahrsdurchschnitt der Regel nach nicht überschritten werden soll. Das ist doch im ersten Satze zu ausdrücklich gesagt, und der folgende Satz erklärt es nur für Pflicht der Aerzteorganisation, dafür zu sorgen, daß auch der einzelne Arzt jene Zahl in jedem Einzelfalle möglichst nicht überschreitet. Die ganze Bestimmung zielt doch auch nach dem einleitenden Satze auf „Begrenzung der Gesamtausgabe" der Kasse für ärztliche Behandlung ab. Wenn also Ihr Vertrag bestimmt, daß bei dem einzelnen Arzt die Zahl von vier Leistungen nicht überschritten werden darf, so ist das mit dem Abkommen nicht vereinbar.

Können nach dem Gesetz v. 23. 7. 21 (Arb.-Vers. S. 470) bereits verwendete Marken alten Wertes für die Zeit nach dem 1. 10. 21 angerechnet werden?

3. **Nach Ludwigshafen.** Frage: Das Gesetz, betreffend anderweite Festsetzung der Leistungen in der Invalidenversicherung vom 23. Juli 1921 bestimmt in Art. II K. Abs. 2, daß der Wert bereits verwendeter Marken nur insoweit erstattet wird, als sie für Zeiten verwendet sind, in denen weder Versicherungspflicht, noch das Recht zur Weiterversicherung bestand. — Nach Seelmann (Arb.-Vers. 1921 S. 501) müssen Arbeitgeber für nach dem 1. Oktober 1921 verwendete Beitragsmarken alten Wertes, die vollen Beiträge nachzahlen. Eine Anrechnung der bereits verwendeten Marken würde in keinem Falle stattfinden, da das Gesetz nur von Erstattung, nicht aber von Berichtigung bereits verwendeter Beiträge spricht. Eine Landesversicherungsanstalt hat, abweichend hiervon, die Anrechnung der alten Marken zugelassen und sich dabei auf eine Entsch.

des RVA. (1893 Amtl. Nachr. 1914 S. 443) gestützt. Ist diese Auffassung richtig?

Antwort: Die Entscheidung des RVA. bezieht sich auf den § 72 Einf.-Ges. zur RVO., der, genau entsprechend wie Art. II K des Gesetzes v. 23. 7. 22, die Verwendung der alten Marken für die Zeit nach dem 1. 1. 12 ausschloß und den Umtausch der ungültig gewordenen Marken binnen zwei Jahren zuließ. Gerade deshalb, weil das neue Gesetz in Art. II K sich insoweit genau dem älteren Vorbilde angeschlossen hat, ist dem oben in der Frage wiedergegebenen Zusatz zum Abs. 2, der im Einf.-Ges. zur RVO. fehlt, volle Beachtung zu schenken. Er schließt, abgesehen von den Fällen, in denen ein Rechtsgrund für die Beitragsleistung überhaupt nicht bestand, die Erstattung des Wertes bereits verwendeter Marken schlechthin aus, und eine „Erstattung" wäre es doch auch, wenn der Wert zwar nicht bar herausgezahlt, aber auf die Beitragsschuld angerechnet würde. Deshalb stimmen wir der Ansicht Seelmanns zu. Der Gesetzgeber hat, offenbar bewußt, der naheliegenden Billigkeitsrücksicht gegenüber den Arbeitgebern (zu vgl. Begr. zum Einf.-Gesetz zur RVO. S. 41) nur durch die weit bemessene Umtauschfrist entsprochen.

Kein Ersatzanspruch der Kasse nach § 14 Abs. 1 RVG., wenn der Beschädigte als freiwillig Beigetretener nach der Satzung gemäß § 215 RVO. keinen Anspruch auf Krankengeld hatte.

4. **Nach Darmstadt.** Antwort: Der Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen das Reich nach § 14 Abs. 1 des RVG. setzt voraus, daß die Kasse Heilbehandlung „und" Krankengeld zu gewähren verpflichtet war; bei Heilanstaltspflege beträgt dieser Ersatz nach Satz 3 a. a. O. 3/4 des satzungsmäßigen Krankengeldes. Nach Wortlaut und Sinn der Vorschrift entfällt dieser Anspruch (nicht auch der Anspruch auf Ersatz für kleinere Heilmittel), wenn die Kasse zwar Heilbehandlung, nicht aber auch Krankengeld zu gewähren verpflichtet war. So ist auch bereits entschieden worden in Fällen, in denen die Kasse Krankengeld nicht zu gewähren hatte, weil der Versicherte nicht arbeitsunfähig war (zu vgl. Hassenstein in ArbVers. 1921 S. 246 Ziff. V; auch RArbMin. im RVersorgBl. 1921 S. 260 und Ziff. 53 der „Leitsätze"). Auch das RVAmt hat in einem solchen Fall in gleichem Sinn entschieden (grundſ. Entsch. 2699 Amtl. Nachr. 1922 S. 323), und die Begründung des Urteils läßt erkennen, daß die Versagung des Anspruchs nicht auf den Fall der Arbeitsfähigkeit der Kriegsbeschädigten beschränkt, sondern in allen Fällen gerechtfertigt ist, in denen die Kasse Krankengeld nicht zu gewähren hat. Deshalb muß dasselbe auch im vorliegenden Falle gelten, wo es sich um einen der Kasse freiwillig Beigetretenen handelt, der auf Grund der Satzung gemäß § 215 RVO. vom Bezuge des Krankengeldes ausgeschlossen ist.

Beiträge der Krankenkasse zum Bau von Kleinwohnungen für ihre Arbeitnehmer in Preußen.

5. **Nach R.** Anfrage: Vom hiesigen Oberbürgermeisteramt ist der Kasse nachstehendes Schreiben zugegangen: „Auf Grund des § 9a des Kommunalabgabengesetzes sollen die Arbeitgeber, welche in der Gemeinde mehr als 20 Arbeitnehmer beschäftigen, zu Beiträgen für den Kleinwohnungsneubau herangezogen werden. Um eine zwangsweise Heranziehung zu vermeiden, sind Verhandlungen mit den einzelnen in Betracht kommenden Arbeitgebern aufgenommen worden, um diese Beiträge im Wege der freien Vereinbarung zu erhalten. Die meisten Arbeitgeber haben sich bereits zur Zahlung von 1000 Mk. für jeden Arbeitnehmer, der am 1. März 1922 in ihrem Betriebe tätig war, freiwillig bereit erklärt. Ich ersuche ergebenst, mir gefälligst bis spätestens zum 15. Juli 1922 mitzuteilen, ob Sie ebenfalls bereit sind, diese Beiträge, deren Höhe ich nach der Zahl Ihrer Arbeitnehmer am 1. März 1922 zu berechnen bitte, nunmehr an die hiesige Stadtkasse zu zahlen. Ich darf wohl annehmen, daß auch Sie die freiwillige Zahlung der zwangsweisen Einziehung auf Grund einer besonderen ortsstatutarischen Regelung vorziehen. Ich bitte dringend um die Einhaltung des gestellten Termins."

Der Vorstand hat unter Berücksichtigung der heutigen schwierigen Lage für die Krankenkassen die Zahlung der geforderten Summe abgelehnt. Weiter steht der Vorstand aber auch prinzipiell auf dem Standpunkt, daß der § 9a des preußischen Kommunalabgabengesetzes bei Ortskrankenkassen keine Anwendung finden kann, da die Kassen nicht als Gewerbebetrieb u. dergl. im Sinne des Gesetzes angesehen werden können.

Antwort: § 9a des preußischen Kommunalabgabengesetzes bildet eine Ergänzung des § 9 und kann nur im Zusammenhang mit diesem ausgelegt werden. Er beginnt mit den Worten: „Als Veranstaltung im Sinne des § 9 gilt auch der Bau von Kleinwohnungen." Aus diesem Hinweis ergibt sich, daß durch § 9a der Kreis der Beitragspflichtigen nicht erweitert werden sollte. Nach § 9 können aber Beiträge zu den Kosten für Herstellung und Unterhaltung von Veranstaltungen, welche durch das öffentliche Interesse erfordert werden, nur von denjenigen Grundeigentümern und Gewerbetreibenden, denen hierdurch besondere wirtschaftliche Vorteile erwachsen, erhoben werden. Wenn nun freilich § 9a allgemein von der Heranziehung von Arbeitgebern spricht, so können hierbei doch stets nur solche in Frage kommen, die zu den im § 9 genannten Gruppen gehören, also nur Grundeigentümer und Gewerbetreibende. Eine Allgemeine Ortskrankenkasse betreibt aber kein Gewerbe. Sie braucht daher keine Beiträge zum Bau von Wohnungen für ihre Arbeitnehmer zu leisten, auch wenn deren Zahl mehr als 20 beträgt.

Zu II Nr. 68, 71, 72, 76, 77 der preuß. Geb.-Ordg. für Aerzte. — Pauschbetrag für Sachleistungen bei der Familienwochenhilfe.

6. **Nach R.** Antwort: a) Ausdrücklich ist unter II Nr. 68 der ärztlichen Gebührenordnung bestimmt, daß die dort angegebenen Gebührensätze für Kunsthilfe bei Entbindung außer der Gebühr unter Nr. 65 für Beistand bei einer Geburt ohne Kunsthilfe usw. zu zahlen sind. Die Gebühr unter Nr. 65 ist die in allen Fällen ärztlichen Beistandes bei einer Geburt zu entrichtende Hauptgebühr, neben welcher die Sätze unter Nr. 68 als Zuschläge wegen besonderer Schwierigkeiten hinzukommen.

b) Die Sätze unter Nr. 71, 72, 76, 77 betreffen Behandlung einer Blutung nach der Geburt, Naht von Rissen verschiedenen Grades, Betätigungen bei einem Abort, Einleitung einer künstlichen Frühgeburt oder des Aborts, also ärztliche Hilfeleistungen verschiedener Art. Als Wochenhilfe im Sinne des § 195a Abs. 1 Ziff. 1 RVO. (Ges. v. 9. 6. 22) ist aber nur ärztliche Behandlung zu gewähren, die bei der „Entbindung" oder bei „Schwangerschaftsbeschwerden" erforderlich wird. Um letztere handelt es sich in keinem der bezeichneten Fälle. Es fragt sich also nur, ob es sich um Betätigungen des Arztes bei der Entbindung handelt. Das ist zu verneinen, soweit die Hilfe des Arztes in den Fällen der Nr. 76 und 77 durch einen Abort (Fehlgeburt) veranlaßt ist; denn dieser ist die vorzeitige Ausstoßung einer lebensunfähigen Frucht, also keine Entbindung. In den

Fällen Nr. 71, 72 ist aber die Tätigkeit des Arztes noch als Hilfe bei der Entbindung anzusehen, wenngleich der eigentliche Geburtsakt, die Trennung des Kindes vom Mutterleibe, bereits abgeschlossen ist. Denn es entspricht dem Fürsorgezwecke des Gesetzes (§ 195 Abs. 1 Ziff. 1), hier den Begriff der Entbindung nicht zu streng und eng aufzufassen und notwendige ärztliche Maßnahmen, die sich unmittelbar an den eigentlichen Geburtsakt anschließen, mit in den Begriff einzubeziehen (zu vgl. Gründe der Entscheidungen des RVA. 2175, 2192 Amtl. Nachr. 1916 S. 423, 480, Arb.-Vers. 1916 S. 300, 518). Auch im Falle der Nr. 77 der Geb.-Ordg., soweit sie die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt betrifft, liegt ärztliche Behandlung bei der „Entbindung" vor, da die Frühgeburt begrifflich die vorzeitige Entbindung von einem lebenden Kinde bedeutet.

c) Nach § 205a Abs. 7 RVO. gilt § 197 entsprechend auch bei der Familienhilfe. Nach § 197 Abs. 1 Satz 2 in der Fassung des Ges. v. 9. 6. 22 „gilt" für den Erstattungsanspruch der leistungspflichtigen Kasse gegenüber den anderen Kassen als Wert der Sachleistung nach § 195a Abs. 1 Ziff. 1 der Betrag von 300 Mk. Diese Fassung bedeutet, daß es auf den der leistungspflichtigen Kasse tatsächlich erwachsenen Kostenbetrag, dessen Berechnung und Nachweis im Einzelfalle oft umständlich und unsicher sein werden, nicht ankommen soll. Die Kasse kann also ohne weiteres den Pauschbetrag von 300 Mk. in ihre Erstattungsrechnung einstellen und folglich auch ohne weiteres die auf sie selbst entfallende Hälfte dieses Betrages vom Reich erstattet verlangen gemäß § 205d Abs. 1 Satz 2, wo der § 197 Abs. 1 Satz 2 gleichfalls als entsprechend anwendbar bezeichnet ist.

Pflichtversicherung bei Dienstbereitschaft gegen einen Entgelt, der nur die Kosten der Versicherung deckt.

7. **Nach M.** Antwort: Die Firma, als Arbeitgeberin, hat ihren Antrag auf Versetzung einer Anzahl ihrer Arbeiter in die niedrigste Lohnstufe durch folgende Eerklärung begründet:

„Für die Erntezeit haben wir unseren Betrieb stillgelegt und mit Ausnahme der Ihnen bereits mitgeteilten Leute, unsere Arbeiter entlassen. Um sie aber mit dem Betrieb weiter verbunden zu halten, und ihre ärztliche Versorgung für die Dauer des Stillstandes zu sichern, haben wir uns durch Vereinbarung mit dem Betriebsrat verpflichtet, für die Arbeiter bis zur Wiederaufnahme des Betriebes die vollen Krankenkassenbeiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) der niedrigsten Grundlohnstufe zu zahlen. Die Arbeiter erhalten also eine Vergütung, die dem von ihnen zu zahlenden Krankenkassenbeitrag auf der niedrigsten Grundlohnstufe entspricht."

Es liegt nahe, hierin — wie Sie annehmen — eine verschleierte Weiterversicherung (§ 313 RVO., zu finden; aber zwingend ist diese Annahme nicht. Es erscheint wohl angängig, die Sachlage so aufzufassen, wie die Firma sie darstellt und beurteilt wissen will. Sie hat die fraglichen Arbeiter, im Gegensatz zu anderen ihrer Beschäftigten, nicht entlassen; sie sollen vielmehr, einer Vereinbarung gemäß, mit dem Betriebe verbunden bleiben und für die hierin liegende Dienstbereitschaft wenigstens einen kleinen Entgelt in Gestalt der Kosten der Krankenversicherung erhalten. Auf Grund dieser Auffassung würde die Mitgliedschaft als Pflichtmitgliedschaft weiterbestehen können (zu vgl. Anleitung des RVA. Ziff. 9 Abs. 2), und die Versetzung in die unterste Lohnstufe ohne weiteres durch die Geringfügigkeit des Entgelts gerechtfertigt sein.

Gemeinsame Betriebskrankenkasse für Ziegelei und landwirtschaftlichen Betrieb.

8. **Nach Uc.** Antwort: In § 245 Abs. 1 Satz 2 ist nicht gesagt, daß eine gemeinsame Betriebskrankenkasse für mehrere Betriebe eines Arbeitgebers nur dann errichtet werden kann, wenn diese entweder sämtlich landwirtschaftliche oder sämtlich nicht landwirtschaftliche sind. Daher ist die Errichtung einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse für eine Ziegelei und einen landwirtschaftlichen Betrieb zulässig. Hierfür ist aber eine bestimmte Anzahl Versicherungspflichtiger erforderlich. Regelmäßig müssen es mindestens 150, bei landwirtschaftlichen Betrieben mindestens 50 Versicherungspflichtige sein. Die geringere Zahl genügt, wenn die Kasse nur landwirtschaftliche Betriebe umfaßt. Im vorliegenden Falle werden 17 Versicherungspflichtige in der Landwirtschaft und 50 in der Ziegelei beschäftigt. Die Gesamtzahl reicht daher hin, wenn die Ziegelei lediglich als Nebenbetrieb der Landwirtschaft anzusehen ist. Dies ist dann gerechtfertigt, wenn die Ziegelei in Abhängigkeit von der Landwirtschaft betrieben wird, um Bodenbestandteile (Lehm usw.) zu gewinnen oder zu verarbeiten (zu vgl. § 918 RVO.). Daß die Voraussetzungen, unter denen § 918 nach § 919 RVO. nicht gilt, im vorliegenden Falle gegeben seien, ist aus Ihren Angaben nicht ersichtlich. Der Fall der Ziff. 2 des § 919 würde nur vorliegen, wenn im Jahresdurchschnitte mindestens 500000 Ziegelsteine hergestellt werden (Bestimmungen des RVA. v. 16. 10. 01, Amtl. Nachr. S. 623). Solange dies nicht festgestellt ist, werden auch die 50 Ziegeleiarbeiter dem landwirtschaftlichen Betriebe zuzurechnen sein, so daß die Kasse als landwirtschaftliche Betriebskrankenkasse zu Recht besteht.

Voraussetzung für Begründung und Fortdauer der freiwilligen Kassenmitgliedschaft nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO.

9. **Nach Darmstadt.** Antwort: a) Beitrittsberechtigt sind nach § 176 Abs. 1 RVO. versicherungsfreie Beschäftigte „der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art", d. h. Personen, die zu den im § 165 Abs. 1 erwähnten Gruppen oder Gattungen gehören (zu vgl. Gründe der Entsch. des RVA. 2183 in Arb.-Vers. 1916 S. 510 unter b). Es kommt also auf die bestimmenden Merkmale der einzelnen Gruppen an. Dazu gehört bei den Angestellten in gehobener Stellung (Ziff. 2 des § 165 Abs. 1) auch, daß die Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet. Ist das nicht der Fall, so ist das Beitrittsrecht nicht gegeben.

b) Das Reichsversicherungsamt hat entschieden, daß die Versicherungsberechtigung solcher Personen, die der Kasse nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. beigetreten sind, durch Ausscheiden aus der die Versicherungsberechtigung begründenden Beschäftigung nicht erlischt (Entsch. 2415 in Arb.-Vers. 1918 S. 191). Geht man hiervon aus, so können auch die nach § 169 versicherungsfreien Staatsbeamten, die der Kasse auf Grund des § 176 Ziff. 1 beigetreten sind, in der Kassenmitgliedschaft verbleiben, wenngleich sie in den Ruhestand treten oder zu einer anderen Beschäftigung übergehen, die sie nicht versicherungspflichtig macht.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1369 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. November 1922 | Heft 31

Zum Inkrafttreten der hausgewerblichen Krankenversicherung.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Das Schreiben des Reichsarbeitsministers vom 1. August 1922 (hier S. 485) stellt sich als eine Antwort auf meine Ausführungen im laufenden Jahrgang der „Arbeiter-Versorgung“ S. 257 über die Frage nach dem Zeitpunkte für das Inkrafttreten der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden dar. Ich hatte darauf hingewiesen, daß die Inkraftsetzung der Vorschrift über den gesetzlichen Versicherungszwang der Hausgewerbtreibenden nach § 11 des Gesetzes über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 I S. 5) bis zur gesetzlichen Neuregelung der Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden ausgesetzt sei und daß das Gesetz über die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden zwar über das Inkrafttreten der zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Maßnahmen Bestimmung treffe, für das Inkrafttreten der übrigen Vorschriften aber, also namentlich der Vorschriften des materiellen Rechts, einen Zeitpunkt nicht festgesetzt habe. Das habe im Hinblick auf die Vorschrift des Art. 7 der Reichsverfassung zur Folge, daß auch die materiell-rechtlichen Vorschriften über die Versicherung der Hausgewerbtreibenden im Gesetz vom 30. April 1922 (RGBl. I S. 465) am vierzehnten Tage nach der Verkündung, mithin am 19. Mai 1922, bereits in Kraft getreten seien. Da in dem zuletzt bezeichneten Gesetz eine Vorschrift über das Inkrafttreten der gesetzlichen Versicherungspflicht nicht enthalten sei, so trete die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden erst in Kraft, wenn durch eine gesetzliche Vorschrift der Zeitpunkt für das Inkrafttreten der gesetzlichen Versicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden festgesetzt worden sei.

Demgegenüber wird in dem erwähnten Schreiben darauf hingewiesen — wovon übrigens gar nicht die Rede gewesen ist —, daß das Gesetz vom 30. April 1922 über Versicherung der Hausgewerbtreibenden einen bestimmten Tag für das Inkrafttreten der Versicherung der Hausgewerbtreibenden nicht wohl habe vorschreiben können, weil die hausgewerbliche Krankenversicherung nicht unmittelbar durch das Gesetz selbst, sondern erst auf Grund einer Regelung durch Statut der Gemeinden oder kommunalen Verbände oder durch die Satzungen der allgemeinen oder besonderen Ortskrankenkassen begründet werde. Da das Zustandekommen des Statuts oder der Satzungsbestimmungen in den einzelnen Bezirken verschieden lange dauere, so wäre es unzweckmäßig gewesen, für das Inkrafttreten der Versicherung einen einheitlichen Zeitpunkt zu bestimmen, zumal es vielfach möglich sei, die statutarische oder satzungsmäßige Regelung zu einem erheblich früheren Zeitpunkte zu beenden. So trete also die Versicherungspflicht zu verschiedenen Zeitpunkten mit der Genehmigung der Statuten oder Satzungen in Kraft.

Diese Erwägungen beruhen auf einer Verkennung des Begriffs der gesetzlichen Versicherungspflicht, die mit dem Inkrafttreten der

Bestimmungen der Statuten oder Kassensatzungen an sich nichts zu tun hat. Durch die ortsstatutarischen Bestimmungen können nur diese, nicht aber gesetzliche Vorschriften über die Versicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden Gesetzeskraft erlangen. Die gesetzliche Versicherungspflicht beruht immer auf dem Gesetz selbst; sie kann also nur durch das Inkrafttreten der entsprechenden gesetzlichen Vorschrift wirksam werden. Würde, was aber im vorliegenden Falle nicht zutrifft, das Gesetz die Begründung der Versicherungspflicht den statutarischen Bestimmungen oder den Kassensatzungen zuweisen, wie dies der § 2 des Krankenversicherungsgesetzes und der § 3 des Gesetzes, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) getan haben, so würde die Versicherungspflicht nicht auf dem Gesetz, sondern auf den betreffenden statutarischen oder Satzungsbestimmungen beruhen. Alsdann würde nicht von einer gesetzlichen, sondern nur von einer statutarischen Versicherungspflicht die Rede sein können.

In dieser Beziehung hat bisher weder in der Rechtsprechung noch in der Verwaltungspraxis der geringste Zweifel bestanden. Unabhängig von dem Inkrafttreten der für die vorbereitende Durchführung erforderlichen Vorschriften eines Gesetzes ist stets eine besondere Inkraftsetzung der materiellen Vorschriften des Gesetzes vorgenommen, sei es, daß der Zeitpunkt bereits im Gesetz festgesetzt wurde, sei es, daß im Hinblick auf die Langwierigkeit der Durchführungsarbeiten die Bestimmung dieses Zeitpunkts einer Verordnung vorbehalten wurde. Eine der wichtigsten Vorschriften der zuletzt bezeichneten Art ist aber die Vorschrift über die Versicherungspflicht.

Es läßt sich durch noch so eingehende Darlegungen der Eindruck nicht aus der Welt schaffen, daß bei Abfassung des Gesetzes über Versicherung der Hausgewerbtreibenden vom 30. April 1922 übersehen worden ist, auf den Vorbehalt im § 11 des Gesetzes über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 Rücksicht zu nehmen und im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Vorschriften dieses Gesetzes über die Durchführung der Versicherung die vorbehaltene „Inkraftsetzung" der Versicherungspflicht auszusprechen. Das dürfte sich auch aus der merkwürdigen Tatsache ergeben, daß für die weitläufige Durchführung der statutarischen Regelung nur ein Zeitraum von 14 Tagen vorgesehen ist, wo ein Zeitraum von sechs Monaten knapp genügt haben würde.

Nach alledem müssen die Vorschriften des Gesetzes vom 28. Dezember 1921, soweit sie sich auf die Versicherung der Hausgewerbtreibenden beziehen, in Verbindung mit den durch das Gesetz über Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 9. Juli 1922 (RG. Bl. I S. 497) und der Verordnung über Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 14. September 1922 (RGBl. I S. 737) herbeigeführten Aenderungen noch besonders in Kraft gesetzt werden. Da in dem Gesetz hierfür der Verordnungsweg nicht vorgeschrieben ist, so bleibt nichts anderes übrig als eine entsprechende gesetzliche Vorschrift zu erlassen. Solange dies nicht geschehen ist, ist auch die gesetzliche Versicherungspflicht der Hausgewerbtreibenden noch nicht wieder in Kraft getreten. Die Arbeitgeber der Hausgewerbtreibenden können die Anmeldung und Beitragszahlung mit der Begründung verweigern, daß sie nicht verpflichtet seien, hinsichtlich nichtversicherungspflichtiger Personen Meldungen zu machen oder Beiträge zu zahlen. Diesem Einwande darf in einem etwaigen Beschlußverfahren die Berechtigung nicht abgesprochen werden. Auf der anderen Seite werden die Hausgewerbtreibenden nicht Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkassen oder der besonderen Ortskrankenkassen, so daß ihnen die Kassenleistungen nicht zustehen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 8 der **Amtl. Nachr.** v. 31. August 1922.)

I. Unfallversicherung.

Der Unfall eines Arbeiters außerhalb der Betriebsstätte in einer vom Betriebsrat eines gewerblichen Betriebs einberufenen Betriebsversammlung gilt nicht als Betriebsunfall im Sinne des § 544 RVO., weil die Teilnahme an der Versammlung höchstens als geschäftsleitende, nicht betriebstechnischen Zwecken dienende Tätigkeit angesehen werden kann (3113 S. 367).

War einem Verletzten auf Grund des § 3 Abs. 2 Satz 1 der Vrdg. v. 5. 5. 20 (RGBl. S. 878) eine Zulage von 20 M. zu gewähren, so wird nach Art. XIII des Ges. v. 11. 4. 21 (RGBl. S. 467) nicht ein nach den Hundertsätzen des § 2 jener Vrdg. zu berechnender Betrag, sondern die Zulage von 20 M. verdoppelt (3114 S. 368).

Bei Streit aus dem Dienstverhältnis eines der Dienstordnung unterstehenden Angestellten, in dem es sich um Kündigung, Entlassung oder vermögensrechtliche Ansprüche handelt, hat der Beschlußsenat zu entscheiden, wenn die Gültigkeit des Anstellungsvertrags bestritten wird. Die Entscheidung hat den gesamten Streitstoff, insbesondere auch die Frage der Anfechtbarkeit oder Nichtigkeit des Vertrags zu umfassen (3115 S. 368).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung.

Bei den Erstattungs- und Ersatzansprüchen des 5. Buches der RVO. ist die Revision nach § 1778 Abs. 2 RVO. stets zulässig; die Ausschließungsgründe der §§ 1695, 1696 gelten hierbei nicht (Großer Senat. — 2707 S. 386).

Der Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten aus der Krankenkassenmitgliedschaft wird auch wirksam, wenn der Versicherte zu der nach § 520 RVO. maßgebenden Zeit nicht mehr in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse steht, aber nach § 211 RVO. Mitglied der Kasse geblieben ist (2708 S. 388).

Art. II H Abs. 1 Satz 1 des Ges. über anderweite Festsetzung der Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung v. 23. 7. 21 (RGBl. S. 984) gilt nicht nur für Ansprüche und Leistungen, über die das Festsetzungsverfahren am Tage der Verkündung des Gesetzes bereits schwebte, sondern auch für solche, über die das Feststellungsverfahren zwischen Verkündung und Inkrafttreten des Gesetzes anhängig geworden ist. — Art. II H Abs. 1 Satz 1 gilt auch, wenn die neuen Vorschriften für die Berechtigten ungünstiger geworden sind. — Unter „Vorschriften der RVO." im Art. II A sind die Vorschriften der früheren, durch das genannte Gesetz noch nicht geänderten Fassung zu verstehen (2709 S. 389).

Für die ganze Zeit, für die eine Wöchnerin Wochengeld nach § 195a Ziff. 2 RVO. bezieht, sind für sie nach § 382 Abs. 2 RVO. Kassenbeiträge zu entrichten, auch wenn sie nicht arbeitsunfähig im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO. ist (2710 S. 392).

Vor dem Beginn des Ruhens der Rechte und Pflichten als Mitglied einer Krankenkasse nach § 520 RVO. braucht der Versicherte nur den Beitritt zu einer Ersatzkasse, nicht die bereits entstandene Mitgliedschaft nachzuweisen; es genügt, wenn die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse mit Beginn des Kalendervierteljahres entsteht, von dem ab das Ruhen eintreten soll (2711 S. 394).

Die Schwestern vom Roten Kreuz sind nicht invalidenversicherungspflichtig (2712 S. 396).

Der Grundsatz, daß Schneiderinnen, die in der Wohnung ihrer Kunden beschäftigt werden, invalidenversicherungspflichtig sind (zu vgl. Rev. Entsch. 236, Amtl. Nachr. 1893 S. 81), wird aufrechterhalten (2713 S. 397).

B. Allgemeines.

Versicherungsrechtliche Stellung des Geschäftsführers einer politischen Parteiorganisation.

Entscheidung des Versicherungsamts Witten vom 15. August 1922.

Der Geschäftsführer Dr. F. ist seit 1. Mai 1922 bei dem Kreisverband einer politischen Partei beschäftigt. Die Allgemeine Ortskrankenkasse verweigert die Aufnahme. Sie hält Dr. F. nicht für versicherungspflichtig, da er nach ihrer Ansicht nicht zu den im § 165 Ziff. 2 RVO. genannten Angestellten gehöre; seine Tätigkeit sei eine mehr höhere, wissenschaftliche. Der Kreisverband beantragt, eine Entscheidung dahin zu erlassen, daß Dr. F. versicherungspflichtig ist, da er eine lediglich ausführende Tätigkeit ausübe. Gemäß § 23 der Kaiserlichen Verordnung vom 24. Dezember 1911 ist Dr. F. zum Verfahren zugezogen. Er hat sich dem Antrag seines Arbeitgebers angeschlossen. Er gibt an, daß seine hauptsächliche Arbeit sei: Führung des Schriftwechsels mit den übergeordneten Stellen der Partei, Werbearbeit, Vorbereitung der Versammlungen und Abhaltung von Vorträgen in diesen. In seiner Tätigkeit sei er an die Anweisungen und Richtlinien des Vorsitzenden des Vorstandes des Kreisverbandes gebunden; nur innerhalb dieser Anweisungen und Richtlinien könne er selbständig handeln. Sein Arbeitsverdienst betrug im Mai 1922: 3000 M., im Juni: 3300 M., im Juli: 3500 M., im August:

4100 M. Das Versicherungsamt erklärt Dr. F. für versicherungspflichtig aus folgenden Gründen:

Bei Abgrenzung des Kreises der versicherten Personen ist das Reichsversicherungsamt im allgemeinen davon ausgegangen, daß der Gesetzgeber grundsätzlich eine Versicherung für Arbeiter und diesen im allgemeinen wirtschaftlich und sozial gleichgestellte Kreise habe schaffen wollen (Kommissionsbericht IV, S. 11).

Seit Schaffung der Reichsversicherung und der Reichsversicherungsordnung hat die gesellschaftliche und vor allem wirtschaftliche Stellung der einzelnen Bevölkerungskreise in Deutschland grundlegende Aenderungen erfahren. So sind heute die Arbeiter nicht mehr als die wirtschaftlich schwächsten anzusehen. Im Vergleich zu ihrer jetzigen wirtschaftlichen Stellung sind weite Kreise der Beamten- und Angestelltenschaft weit ins Hintertreffen gekommen. Es ist sicher, daß das auf die gesellschaftliche Stellung dieser Kreise nicht ohne Einfluß geblieben ist und auch für die Zukunft nicht ohne Einfluß bleiben wird. Das ist bei Prüfung der Versicherungspflicht mit zu berücksichtigen.

Was den vorliegenden Fall angeht, so ist unbestreitbar, daß Dr. F. bei seinem verhältnismäßig geringen Verdienst den Arbeitern wirtschaftlich höchstens gleichsteht. Zu prüfen ist insbesondere die Frage, ob die Tätigkeit des Geschäftsführers mehr wissenschaftlicher oder sonst höherer Art ist.

Das Versicherungsamt konnte diese Frage nicht bejahen. Die geistigen Führer der Parteien sind neben den Abgeordneten der Parlamente und Körperschaften die Vorstandsmitglieder. Die Einrichtung von Geschäftsstellen und die Einsetzung von Geschäftsführern hat in erster Linie den Zweck, die im Betriebe einer größeren politischen Partei entstehenden „materiellen" Arbeiten — Schriftwechsel mit den übergeordneten Zentralstellen, mit den Mitgliedern, die Werbearbeit, die sonstigen büromäßigen und Kassengeschäfte usw. — zu erledigen. Das trifft auch für den vorliegenden Fall zu. Man kann diese Tätigkeit qualitativ mit der Arbeit eines Betriebsbeamten, kaufmännischen Büroangestellten usw. vergleichen. Diese Angestellten haben ein bestimmtes ihnen übertragenes Arbeitspensum zu erledigen; innerhalb dieses Arbeitspensums sind sie in der Regel — falls es sich nicht um ganz untergeordnete Stellungen handelt — verhältnismäßig selbständig und frei. Nur in wenigen Fällen wird die Arbeit eines Betriebsbeamten rein oder überwiegend schematischer, mechanischer Art sein. Die Betriebsbeamten usw. erhalten in sehr vielen Fällen lediglich ganz allgemeine Anweisungen. Innerhalb dieser Anweisungen ist ihre Tätigkeit — teilweise unter Zugabe eigener höchstwertiger geistiger Arbeit — völlig selbständig, besonders in kleineren industriellen Betrieben. Niemand wird diese Beamten bzw. Angestellten als Angestellte mit höherer geistiger Tätigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung ansehen. Davon hält schon die Tatsache ab, daß sie, wie auch Dr. F., besonders in der Gegenwart den Arbeitern wirtschaftlich höchstens gleichkommen. Ihre Tätigkeit wird ausnahmslos als eine solche mehr materieller Art angesehen. Das muß auch bei dem Antragsteller Dr. F. gelten. Die immerhin nur gelegentlichen Vorträge in Versammlungen ändern an dieser Auffassung nichts. Die von der Kasse angeführte schriftstellerische Tätigkeit ist unbestritten Privatsache des Dr. F. und steht deshalb außerhalb des Streites. Daß Dr. F. akademische Vorbildung besitzt, ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Der von der Antraggegnerin angezogenen Entscheidung des Versicherungsamts Berlin liegt ein Sachverhalt zugrunde, der in einem wesentlichen Punkte von dem vorliegenden abweicht. Die Tätigkeit der dort genannten Archivarin wurde zwar als vorwiegend „mechanischer Art" bezeichnet, sie erforderte aber „eine umfassende Bildung, eine erhebliche geistige Gewandtheit, welche von einem Betriebsbeamten oder Werkmeister bei Ausübung seiner mehr materiellen Tätigkeit nicht zu verlangen sei." Für die dem vorliegenden Streitfall zugrunde liegende Tätigkeit ist eine derart umfassende Bildung keineswegs Bedingung. So sind z. B. die Gewerkschaftssekretäre der hiesigen Arbeitergewerkschaften sämtlich Pflichtmitglieder der Antraggegnerin; ihnen fehlt lediglich die akademische Vorbildung, im übrigen ist ihre Stellung der des Geschäftsführers des Kreisverbandes durchaus gleichwertig. An Bedeutung, Einfluß und Selbständigkeit überragt sie die Stellung des Dr. F. in einigen Fällen ganz bedeutend; auch ist die Bezahlung eine bessere.

Um die Versicherungsfreiheit wegen einer mehr wissenschaftlichen oder sonst höheren Tätigkeit zu begründen, ist nach der unverkennbaren Absicht des Gesetzgebers Voraussetzung, daß die Stellung und die Tätigkeit des Befreiten diejenige anderer Versicherter überrage. Die mit einer solchen überragenden Stellung verbundene angemessene Entlohnung oder sonstige Sicherung gegenüber den Zufälligkeiten des Lebens rechtfertigen auch wirtschaftlich die Befreiung von der Versicherungspflicht.

Da der Geschäftsführer Dr. F. weder nach der Art seiner Tätigkeit noch hinsichtlich seiner Anstellungs- und Besoldungsverhältnisse eine solche Stellung einnimmt und da sein Arbeitsverdienst stets unter dem im § 165, Abs. 2 genannten Jahresarbeitsverdienst geblieben ist, gehört er zu den im § 165 Ziff. 2 (Abs. 1) aufgeführten „Angestellten in ähnlich gehobener Stellung". Er unterliegt somit der Versicherungspflicht zur Krankenversicherung.

C. Zur Krankenversicherung.

Inkrafttreten der Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden.

Schreiben des Reichsarbeitsministers vom 1. August 1922 (II 3860).

Das Gesetz über Versicherung der Hausgewerbetreibenden vom 30. April 1922 (RGBl. I S. 465) konnte einen bestimmten Tag, mit dem die Versicherung der neu in die Krankenversicherung einbezogenen Hausgewerbetreibenden ins Leben treten soll nicht wohl vorschreiben; denn nach seiner grundsätzlichen Regelung wird die hausgewerbliche Krankenversicherung nicht unmittelbar durch das Gesetz selbst begründet, sondern erst durch Statut der Gemeinden oder kommunalen Verbände gemäß § 466 RVO in der neuen Fassung oder durch die Satzung der OKK. Mit der Genehmigung des Ortsstatuts oder der Kassensatzung wird für den betreffenden Bezirk die Vorschrift über die Versicherung der Hausgewerbetreibenden im Sinne des § 11 des Gesetzes über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 5) in Kraft gesetzt (zu vergl. übrigens auch § 324 RVO.). Ein zwingendes Bedürfnis dafür, für die tatsächliche Durchführung der hausgewerblichen Krankenversicherung überall da, wo sie nicht bisher schon auf Grund eines Ortsstatuts besteht, einen einheitlichen Zeitpunkt festzusetzen, war nicht anzuerkennen, wie denn ja auch schon die bisher dieserhalb ergangenen ortsstatutarischen Bestimmungen zu ganz verschiedener Zeitpunkten wirksam geworden sind. Die Festsetzung eines solchen einheitlichen Zeitpunktes würde auch für alle diejenigen Gebiete, in denen sich die Regelung rascher vollziehen läßt, eine unnötige Verzögerung herbeigeführt haben. Der § 468 sorgt dafür daß die Regelung durch Ortsstatut oder Satzung nicht über Gebühr hinausgeschoben werden kann Auch die Besorgnis halte ich nicht für begründet daß die betreffenden Bestimmungen innerhalb der so gesetzten Frist nicht überall rechtzeitig durchgeführt werden können, zumal die Benutzung einer der zahlreichen bereits durchgeführten statutarischen Bestimmungen die Aufstellung des Statuts oder der Satzung ganz wesentlich erleichtern dürfte. Die Aufstellung und Genehmigung der Bestimmungen konnten gemäß Art. XI des Gesetzes vom 30. April 1922 alsbald mit der Verkündung jenes Gesetzes in Angriff genommen werden. Die sechsmonatige Frist des § 468 RVO. begann mit dem vierzehnten Tage nach der Verkündung des genannten Gesetzes zu laufen. Ich vermag hiernach die Bedenken, die in dem angezogenen Artikel der „Arbeiter-Versorgung" (1922 S. 257 ff.) geltend gemacht werden, nicht als stichhaltig anzuerkennen.

Zu vgl. oben S. 481 die Entgegnung von Hoffmann.

Abschlag auf die Preise der Arzneitaxe.

Bescheid des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 6. Juni 1922 (I M. II 2264).

Mit Bezug auf den im Heft 15 S. 237 erörterten Meinungsstreit hat die Postkrankenkasse für den Bezirk der Ober-Postdirektion Gumbinnen den Minister um eine Aeußerung über die Rechtslage ersucht und darauf nachstehenden Bescheid erhalten, der die Auslegung der Bekanntmachung vom 23. 12. 1921, die wir als der Wortfassung entsprechend bezeichnet haben, rechtfertigt:

Der Inhalt der Nr. 4 meiner Bekanntmachung vom 23. Dezember 1921 entspricht einer im Reichsrat getroffenen Vereinbarung, der man m. E. die Berechtigung nicht versagen kann. Denn es ist z. B. nicht angängig, dem Apotheker zuzumuten, auf Rechnungen im Betrage von 100,50 Mk. einen Abschlag von 5,02 Mk. zu gewähren, während auch nach dortseitiger Ansicht vierteljährliche Rechnungen im Betrage von 100 Mk. ohne Abschlag zu vergüten sind. Ebenso würde nach Ihrer Ansicht auf eine Rechnung über 501 Mk. ein Abschlag von 50,10 Mk. zu gewähren sein, auf eine Rechnung über 500 Mk. aber nur ein Abschlag von 20 oder 25 Mk. entfallen. Der Sinn meiner Bekanntmachung ist der, daß bei vierteljährlichen Rechnungen bis zum Betrage von 100 Mk. kein Nachlaß gewährt zu werden braucht, und daß im übrigen auf die Beträge, die zwischen 100 und 500 Mk. einschließlich liegen, 5 v. H., auf die noch höheren Beträge 10 v. H. nachzulassen sind. Mithin können tatsächlich vierteljährliche Rechnungen im Betrage von mehr als 500 Mk. in 3 Teile zerlegt werden, von denen der erste (bis 100 Mk.) abschlagsfrei bleibt, auf den zweiten (mehr als 100 Mk. bis einschließlich 500 Mk.) aber ein Abschlag von 5 v. H. und auf den dritten (mehr als 500 Mk.) ein Abschlag von 10 v. H. nachzulassen ist, da diese Handhabung der Absicht des Reichsrats entspricht, die zudem in meiner Bekanntmachung zum Ausdruck kommt. Da mir die Stellungnahme des Reichsrats berechtigt erscheint, bin ich nicht in der Lage, die in Rede stehende Bekanntmachung der von Ihnen vertretenen Ansicht entsprechend zu ändern.

Im übrigen bemerke ich, daß die im Reichsrat vorgenommene Staffelung des Abschlages bei großen Rechnungen keine Rolle spielt, während andererseits die für kleine Rechnungen in Betracht kommenden Rabattsätze der wirtschaftlichen Lage der Landapotheken Rechnung tragen, deren weiteres Bestehen im Interesse der Arzneiversorgung der Bevölkerung unbedingt erforderlich ist, deren Reineinkommen jedoch nach den angestellten Erhebungen zum erheblichen Teil so geringfügig ist, daß ihre Existenz auf das schwerste bedroht ist.

Vorschuß auf Unfallrente steht der Bescheiderteilung im Sinne des § 1511 RVO. nicht gleich.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 7. März 1922 (II a. K. 160/21).

Der beklagten Kasse ist darin beizutreten, daß aus dem Wortlaut des § 1511 RVO., insbesondere aus den Worten: „gewährt wird", ein zwingender Schluß nach der Richtung, daß eine Kürzung des Krankengeldes erst mit der Zahlung der Unfallrente zulässig sei, nicht gezogen werden kann. Denn die Wendung: „wird gewährt" oder „wird gezahlt" wird in der RVO. mehrfach, so z. B. in §§ 182, 201 in dem Sinne gebraucht: „ist zu gewähren". Dementsprechend führt auch das Bayrische Landesversicherungsamt in der von der Beklagten angezogenen Entsch. vom 7. Dezember 1918, mitgeteilt in der Arbeiter-Versorgung 1919 S. 507, aus, daß die Zulässigkeit der Anrechnung der Unfallrente in den Fällen der §§ 1510, 1511 RVO. nicht von ihrer tatsächlichen Zahlung, sondern von der Erteilung des schriftlichen Bescheids, in dem die Höhe der Unfallrente bestimmt erkennbar gemacht ist, abhängt. In demselben Sinne wird in der erwähnten Revisionsentsch. 2152 (Amtl. Nachr. 1916 S. 359) ausgeführt, daß erst mit der Bewilligung der Unfallrente feststeht, daß der Versicherte bis zu ihrer Höhe sachlich keinen Anspruch auf das Krankengeld hat. Wenn in dieser Entscheidung weiter gesagt wird, daß das Krankengeld bis zur Gewährung der Unfallrente „vorschußweise" zu zahlen sei, so ist dabei, wie sich übrigens auch aus dem Nachfolgenden einwandfrei ergibt, nicht etwa an eine Vorschußleistung der Krankenkasse in dem Sinne gedacht worden, daß diese Leistung mit der später gewährten Unfallrente verrechnet werden könnte. Solange die Unfallrente nicht festgestellt ist, besteht vielmehr grundsätzlich nach § 1501 Abs. 2 RVO. eine Leistungspflicht der Kasse, die erst mit der Feststellung der Unfallrente bis zur Höhe der Kassenleistung ihr Ende erreicht. Es besteht also insoweit aus demselben Versicherungsfall eine gleichzeitige Verpflichtung der verschiedenen Versicherungsträger. Eine nachträgliche Verrechnung der von der Krankenkasse bis zur Feststellung der Unfallrente geleisteten Zahlungen erfolgt nicht, und der Versicherte wird somit bei Vorleistung der Kasse günstiger gestellt als bei Vorleistung der Berufsgenossenschaft (zu vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsger. vom 19. September 1917, mitgeteilt in den Amtl. Nachr. des RVA. 1908 S. 320: Revisionsentsch. 2375, Amtl. Nachr. 1917 S. 549; Klecis in Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1916 Sp. 354). Hiernach bleibt nur zu erörtern, ob eine abweichende Auffassung dann begründet ist, wenn der Verletzte vor Erteilung eines förmlichen Bescheids über seine Unfallrente von der Berufsgenossenschaft einen Rentenvorschuß angewiesen und ausgezahlt erhalten hat. Der Auffassung der Beklagten, daß die Zahlung eines Rentenvorschusses bereits die wörtliche Erfüllung der Voraussetzung des § 1511 darstelle und somit der Erteilung des förmlichen Bescheids gleichzustellen sei, vermochte sich der erkennende Senat nicht anzuschließen. Er hält vielmehr daran fest, daß auch in diesem Falle die Leistungspflicht der Kasse erst dann in dem im § 1511 bestimmten Umfange zum Erlöschen gebracht wird, wenn dem Verletzten ein Bescheid über die Unfallrente erteilt worden ist.

Mit Recht hebt das OVA. hervor, daß, wenn die Gewährung des Vorschusses der Feststellung der Rente gleichgestellt würde, regelmäßig kein bestimmter Betrag feststehen würde, der von dem Krankengeld in Abzug gebracht werden könnte. Dem Verletzten soll aber in jedem Falle die Unfallrente und der sie übersteigende Betrag des Krankengeldes verbleiben, mit diesem Betrage soll er als einer feststehenden Einnahmequelle bis zur Behebung seiner Arbeitsunfähigkeit rechnen können. Uebersteigt — wie das vorliegend zutrifft — der Vorschuß die Unfallrente, so muß er damit rechnen, daß die Berufsgenossenschaft den zuviel ausgezahlten Betrag späterhin verrechnet, oder von ihm zurückfordert. Bleibt andererseits der Vorschuß hinter der Unfallrente zurück, so würde er nicht in dem ihm zukommenden Maße befriedigt werden und erst später, nach Feststellung der Unfallrente, Nachforderungen stellen müssen. Es würde somit, wenn man die Vorschußzahlung der Feststellung der Unfallrente gleichstellt, zum mindesten in allen Fällen, in denen der der Berechnung der Unfallrente zugrunde zu legende Jahresarbeitsverdienst noch nicht feststeht, ein Schwebezustand entstehen, der des späteren Ausgleichs bedarf. Ferner würde die Krankenkasse sich der aus § 1501 Abs. 2 ergebenden Verpflichtung zur Fortzahlung des Krankengeldes bis zum Erlasse des Unfallrentenbescheids willkürlich dadurch entziehen können, daß sie die Berufsgenossenschaft zur Gewährung eines Vorschusses auf die Unfallrente veranlaßt oder selbst, in Geschäftsführung ohne Auftrag, einen solchen Vorschuß dem Verletzten auszahlt. Das kann aber nicht der Absicht des Gesetzgebers bei Auslegung des § 1511 entsprechen (zu vgl. auch Entsch. des Württemb. Verwaltungsgerichtshofs vom 12. Januar 1910, mitgeteilt in der Arbeiter-Versorgung 1910 S. 298). Die bloße Anerkennung einer Entschädigungspflicht durch die Berufsgenossenschaft verbunden mit der Gewährung eines Rentenvorschusses kann hiernach dem Erlaß eines förmlichen Bescheids über die Unfallrente im Sinne des § 1511 der RVO. nicht gleichgestellt werden. Damit rechtfertigt sich die Zurückweisung der Revision.

D. Zur Unfallversicherung.

Verordnung über Erhöhung der Zulagen in der Unfallversicherung.

Vom 4. Oktober 1922 (RGBl. I S. 760).

Auf Grund des Gesetzes über Aenderung von Geldbeträgen in der Sozialversicherung vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 504) wird mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten folgendes verordnet:

§ 1. — Der § 3 Abs. 2 des Gesetzes über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 28. Dezember 1921 (RGBl. 1922 S. 7) in der Fassung des Artikels I Ziffer II des Gesetzes über Erhöhung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 3. Juni 1922 (RGBl. I S. 506) erhält folgende Fassung:

Als Jahresarbeitsverdienst gilt

1. bei Berechnung der erhöhten Verletztenrente eines Verletzten, der als solcher eine oder mehrere Renten bezieht, deren Hundertsätze zusammen die Zahl fünfzig nicht erreichen,
   falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines männlichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von dreizehntausendfünfhundert Mark,
   falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines weiblichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von siebentausendzweihundert Mark,
   im übrigen der Betrag von zweiundzwanzigtausendfünfhundert Mark;
2. bei Berechnung anderer erhöhten Renten,
   falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines männlichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von dreißigtausend Mark,
   falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines weiblichen landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt worden war, der Betrag von achtzehntausend Mark,
   im übrigen der Betrag von achtundvierzigtausend Mark.

§ 2. — Die Zulagen nach § 1 dieser Verordnung werden für die Zeit nach dem 30. September 1922 gewährt.

Anm.: Tag der Verkündung ist der 10. 10. 22.

Preußisches Gesetz, betreffend Aenderung des Gesetzes über die landwirtschaftliche Unfallversicherung vom 23. Juli 1912 (Gesetzsamml. S. 207).

Vom 7. September 1922 (Ges. S. S. 283).

Der Landtag hat folgendes Gesetz beschlossen:

Artikel I.

Der Artikel I § 3 des Gesetzes über die landwirtschaftliche Unfallversicherung vom 23. Juli 1912 (Ges. S. S. 207) erhält folgende Fassung:

1. Die Genossenschaftsversammlung besteht aus soviel Vertretern der Mitglieder, als die Berufsgenossenschaft Sektionen hat.
2. Die Vertreter werden von den Mitgliedern der Landwirtschaftskammer gewählt, die für den Bezirk der Berufsgenossenschaft zuständig ist. Sind hiernach mehrere Landwirtschaftskammern zuständig, so wählen die Mitglieder jeder Kammer soviel Vertreter, als Sektionen auf den Bezirk der Landwirtschaftskammer entfallen. Für jeden Vertreter sind zwei Stellvertreter zu wählen.
3. Wahlberechtigt und wählbar sind nur Mitglieder der Berufsgenossenschaft (§ 962 Reichsversicherungsordnung). Im übrigen gelten für das Wahlrecht die Vorschriften der §§ 12, 13, 14 Abs. 2 RVO. Gewählt wird nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Die Wahlzeit dauert 4 Jahre.
4. Die Satzung der Berufsgenossenschaft regelt das Wahlverfahren. Sie muß die Zahl der Vertreter festsetzen und bestimmen, daß die Vertreter entsprechend dem Stärkeverhältnis der Groß-, Mittel- und Kleinbetriebe in Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Weinbau oder Gärtnerei verteilt werden.
5. Den Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden wählt die Genossenschaftsversammlung aus ihrer Mitte.

Artikel II.

Das Gesetz tritt mit der Verkündung in Kraft.

Anm.: Tag der Verkündung ist der 25. 9. 22. — Das auf Grund der §§ 1037, 1038 RVO. erlassene preuß. Gesetz v. 23. 7. 12 ist abgedruckt in Arb.-Vers. 1912 S. 653.

Sprechsaal.

Einheitliche Lohnklassen und Grundlöhne in der Krankenversicherung.

Eine der dringendsten Fragen, die auf dem Gebiet der Krankenversicherung einer gesetzlichen Regelung bedürfen, ist die Einführung einheitlicher Lohnklassen*) und Grundlöhne. Es erübrigen sich in den Kreisen der Sachverständigen große Erörterungen zur Begründung dieser Forderung, denn diese Gründe liegen klar zutage und sind durch die Entwicklung der letzten Zeit immer mehr hervorgetreten. Eine gesetzliche Regelung im Wege der **Gesetzgebung** ist deswegen zu fordern, weil nur auf diesem Wege **allgemein** die Einheitlichkeit durchgeführt werden kann.

Solange die gesetzliche Regelung noch nicht erfolgt ist, läßt sich aber jetzt schon durch die Kassensatzungen eine Einheitlichkeit mindestens für größere Bezirke

*) Die Bezeichnung „Lohnklasse" ist wegen der Einheitlichkeit mit der JV. usw. gewählt.

bzw. ganze Länder erreichen. Diesem Zweck sollen die nachstehenden Ausführungen zunächst dienen, denn wenn auch die Aenderung in den Lohnklassen auf Grund der Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 12. 9. 1922 vielfach vorgenommen sein dürften, so werden leider infolge der ungünstigen Entwicklung des Geldmarktes weitere Grundlohnänderungen schon in absehbarer Zeit wieder notwendig werden. Dann läßt sich der Gedanke der Vereinheitlichung, soweit er diesmal noch nicht seine Verwirklichung gefunden hat, in die Praxis umsetzen.

Will man an diese Frage herantreten, dann muß man sich zunächst über einige dabei zu beachtende Hauptgesichtspunkte klar sein.

1. Je höher die Grundlohngrenze festgesetzt wird, um so mehr Lohnklassen werden notwendig. Mit dem Steigen der Zahl der Lohnklassen erschwert sich aber das Verwaltungsgeschäft und es entstehen größere Aufwendungen an Verwaltungskosten, abgesehen davon, daß für Arbeitgeber wie Versicherte es immer schwerer wird, sich auszukennen. Die Krankenkassen müssen daher das größte Interesse daran haben, die beiden Hauptnachteile einer zu großen Zahl von Lohnklassen tunlichst zu vermeiden; sie müssen also die Zahl so klein als irgend möglich halten unter Berücksichtigung des unten weiter Ausgeführten.

2. Will man eine Einheitlichkeit herbeiführen, dann muß dies unter weitgehendster Anpassung an die Lohnklassen der Invalidenversicherung geschehen in Rücksicht auf die Bezirke des Deutschen Reiches, in denen das Einzugsverfahren besteht. Bei dem nachstehend gemachten Vorschlag ist dementsprechend verfahren und dabei folgendes beachtet. Die unteren Lohnklassen der Invalidenversicherung entsprechen den derzeitigen Lohnverhältnissen nicht mehr, man muß daher für die Krankenkasse dazu übergehen, eine Zusammenfassung dieser unteren Klassen vorzunehmen, wie dies aus dem weiter unten aufgestellten Vorschlag II ohne weiteres ersichtlich ist.

3. Die Spannung der einzelnen Lohnklassen ergibt sich, bei Anpassung an die Invalidenversicherung und soweit die Lohnklassen der Invalidenversicherung reichen, unter Berücksichtigung des unter Ziffer 2 Gesagten. Die über die Lohnklasse N der Invalidenversicherung hinausgehenden Lohnklassen der Krankenkasse müssen dementsprechend weitergebildet werden. Hierbei können nach oben die Spannungen unbedenklich größer genommen werden.

4. Als Grundlöhne können nur solche Zahlen in Betracht kommen, die eine leichte Berechnung der Beiträge und Leistungen ermöglichen und die bei Auf- bzw. Abrundung des Tagesbeitrags auf 05 Pfennig eine Drittelung des Wochenbeitrags zulassen. Die obere Lohnklasse als Grundlohngrenze zu nehmen, ist ungerecht wegen der dadurch eintretenden Mehrbelastung für die an der unteren Grenze befindlichen Mitglieder, und gefährlich, weil das Krankengeld für einen erheblichen Teil der in der betr. Klasse Eingeteilten hinter dem Arbeitsverdienst nicht wesentlich zurückbleibt, ja sogar höher sein kann als der Verdienst. Das arithmetische Mittel wird nicht immer die geeignete Grundlohnzahl ergeben und man wird daher zweckmäßigerweise so verfahren, daß man zu dem arithmetischen Mittel der Spannung der einzelnen Lohnklassen nach oben so viel zuschlägt, daß sich bei einem systematischen Aufbau brauchbare Zahlen ergeben. Die Aufstellung gibt hierüber genügend Aufschluß.

5. Die seither vielfach übliche Berechnung der Krankenkassenbeiträge für volle Kalenderwochen bedeutet bei der jetzigen Höhe der Beiträge für Versicherte wie Arbeitgeber eine ungerechtfertigte Belastung in all den Fällen, in denen die Beschäftigung nicht eine volle Kalenderwoche dauert. Es empfiehlt sich daher, die Berechnung nach Tagen, und zwar, solange die erwartete grundsätzliche Aenderung des § 180 RVO. noch nicht erfolgt ist, nach Werktagen bzw. Arbeitstagen. Mit der Aenderung des § 180 — die übrigens, vom verwaltungstechnischen Standpunkt betrachtet, auch wesentliche Schwierigkeiten mit sich bringt infolge der Umrechnung der Tagelöhne auf 7 Tage — muß die tageweise Beitragsberechnung sowieso kommen.

I. Vorschlag zu einer einheitlichen Klasseneinteilung für die Krankenversicherung.

Klasse		von	Mk.		bis	Mk.		Grundlohn	Mk	
Klasse	I	von	Mk.	—.—	bis	Mk.	23.99	Grundlohn	Mk	20.—
„	II	„	„	24.—	„	„	50.99	„	„	40.—
„	III	„	„	51.—	„	„	90.99	„	„	80.—
„	IV	„	„	91.—	„	„	130.99	„	„	120.—
„	V	„	„	131.—	„	„	180.99	„	„	160.—
„	VI	„	„	181.—	„	„	240.99	„	„	220.—
„	VII	„	„	241.—	„	„	300.99	„	„	280.—
„	VIII	„	„	301.—	„	„	380.99	„	„	350.—
„	IX	„	„	381.—	„	„	450.99	„	„	420.—
„	X	„	„	451.—	und mehr			„	„	500.—

II. Einteilung unter Berücksichtigung der Invaliden-Versicherung.

Klasse			von	Mk.		bis	Mk.	
Klasse	I	A	von	Mk.	—.—	bis	Mk.	3.99
„	I	B	„	„	4.—	„	„	10.99
„	I	C	„	„	11.—	„	„	16.99
„	I	D	„	„	17.—	„	„	23.99
„	II	E	„	„	24.—	„	„	30.99
„	II	F	„	„	31.—	„	„	40.99
„	II	G	„	„	41.—	„	„	50.99
„	III	H	„	„	51.—	„	„	60.99
„	III	I	„	„	61.—	„	„	90.99
„	IV	K	„	„	91.—	„	„	130.99
„	V	L	„	„	131.—	„	„	180.99
„	VI	M	„	„	181.—	„	„	240.99
„	VII	N	„	„	241.—	„	„	300.99
„	VIII	N	„	„	301.—	„	„	380.99
„	IX	N	„	„	381.—	„	„	450.99
„	X	N	„	„	451.—	und mehr.		

Ostermayer, Verw. d. allg. OKK. Konstanz.

Zur Versicherung der Hausgewerbtreibenden.

Die nachstehend abgedruckten Satzungsvorschriften für Regelung der Versicherung der Hausgewerbtreibenden durch die Satzung der zuständigen Ortskrankenkassen sollen nicht als mustergültig bezeichnet werden. Die Praxis wird lehren, welche Verbesserungen erforderlich sind. Anregungen hierfür zu bekommen, soll der Zweck der Veröffentlichung an dieser Stelle sein. Mit Bezug auf die Bestimmungen des nachstehenden Entwurfs unter Ziff. 7, 8, 11, 12 sei folgendes bemerkt: Bei den äußerst unregelmäßigen Arbeitszeiten und den dadurch bedingten unsicheren Lohneinnahmen des Hausgewerbtreibenden ist zur Vereinfachung als Grundlohn der Ortslohn gewählt worden (§ 475 Abs. 2 des Gesetzes vom 30. 4. 22 RGBl. S. 465). Vielfach kann angenommen werden, daß der Grundlohn durchschnittlich niedriger ist, als der Ortslohn, da der tatsächlich erzielte Jahresverdienst auf 300 Arbeitstage zu verteilen und auch die Mithilfe von Angehörigen zu berücksichtigen ist. Die Gleichstellung mit den unständig Beschäftigten erscheint daher berechtigt.

Hinter Abschnitt . . . ist folgendes aufzunehmen:

Sondervorschriften für Hausgewerbtreibende.

§ . . . Für die Hausgewerbtreibenden und ihre hausgewerbliche Beschäftigten sowie auch für die außerhalb des Kassenbezirks wohnenden Arbeitgeber und Auftraggeber dieser Hausgewerbtreibenden gelten die Bestimmungen der Satzung mit folgenden Abweichungen.

1. Für Hausgewerbtreibende gilt als Beschäftigungsort ohne Rücksicht auf den Betriebssitz ihrer Ar-

beitgeber oder Auftraggeber der Ort, an dem sie ihre eigene Betriebsstätte haben.
2. Der Kasse gehören auch die von ihm in seinem hausgewerblichen Betriebe Beschäftigten an.
3. Die Hausgewerbtreibenden bleiben auch für die Zeit versicherungspflichtig, in der sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten.
4. Als Arbeitgeber des Hausgewerbtreibenden gilt, wer die Arbeit unmittelbar an ihn vergibt.
5. Als Auftraggeber des Hausgewerbtreibenden gilt derjenige, in dessen Auftrag und für dessen Rechnung er hausgewerblich arbeitet.
6. Die Meldepflicht für seine Beschäftigten liegt dem Hausgewerbtreibenden, diejenige für den letzteren seinem Arbeitgber (Nr. 4) ob.
7. Als Grundlohn gilt der jeweilige Ortslohn, so daß folgende Klassen gebildet werden.
   Klasse I H für männliche Versicherte unter 16 Jahren,
   Klasse II H für weibliche Versicherte unter 16 Jahren,
   Klasse III H für männliche Versicherte von 16 bis 21 Jahren,
   Klasse IV H für weibliche Versicherte von 16 bis 21 Jahren,
   Klasse V H für männliche Versicherte über 21 Jahre,
   Klasse VI H für weibliche Versicherte über 21 Jahre,
8. Die Beiträge betragen . . . vom Hundert des Ortslohns.
9. Neben dem Arbeitgeber (Nr. 4) haftet der Auftraggeber (Nr. 5) für die Beiträge der Hausgewerbtreibenden und der von diesen hausgewerblich Beschäftigten.
10. Für die Zeit, in der die Hausgewerbtreibenden für eigene Rechnung arbeiten, haben sie die Beiträge für ihre Person selbst zu zahlen.
11. Das Krankengeld beträgt . . . Hundertstel des Ortslohnes.
12. Das Sterbegeld beträgt das . . .fache des Ortslohnes.
13. Hausgewerbtreibende und ihre hausgewerblich Beschäftigten, die nach Aufgabe der Beschäftigung die Mitgliedschaft fortsetzen, zahlen die vollen Beiträge und erhalten die Barleistungen nach Nr. 11 und 12.

Wittkämper, Geschäftsführer in Bünde.

Patienten ohne Krankenschein.

I

Um es vorweg zu sagen: Der von Sanitätsrat Dr. Thoma in der „Hamburger Wochenschrift für Aerzte, Zahnärzte und Krankenkassen" vorgeschlagene Weg zur Abstellung des erörterten Mißstandes (siehe ArbVers. 1922 S. 395) ist für die Krankenkassen nicht gangbar. Es geht nicht an, die Geschäftsräume der Kasse Tag und Nacht zur Verfügung der Kranken zu halten und zu diesem Zwecke schichtweise Arbeit einzuführen. Eine solche Neuregelung des Geschäftsbetriebes der Krankenkassen würde nicht nur die Verwaltungskosten erheblich steigern, sondern sie würde auch praktisch wenig Bedeutung haben, weil nur ein verschwindend kleiner Teil von Kranken genötigt ist, sich nach Arbeitsschluß einen Krankenschein von der Kasse zu holen. Um den Versicherten die Erlangung eines Krankenscheins im Bedarfsfalle möglichst leicht zu machen, geben die meisten Berliner Ortskrankenkassen an jeden Arbeitgeber, der bei ihnen meldepflichtig ist, „Medizinscheine" ab, mit der Weisung, sie im Bedarfsfalle an die Versicherten abzugeben. Diese Einrichtung hat sich gut bewährt, und sie ist den Versicherten im allgemeinen auch bekannt. Der Arbeiter, der nachmittags erkrankt oder einen Unfall erleidet, kann sich also, bevor er die Arbeitsstätte verläßt, vom Arbeitgeber oder seinem Beauftragten einen Schein aushändigen lassen, mit dem er dann sofort zum Arzt gehen kann. Mehr in dieser Hinsicht zu tun, kann den Kassen billigerweise nicht zugemutet werden! Nun gibt es freilich Kassenmitglieder, die trotz der erwähnten Einrichtung ohne Schein zum Arzt gehen. Das sind nach unsern Erfahrungen solche Personen, die sich weder um ihre Kassenzugehörigkeit noch darum kümmern, welche Pflichten ihnen als Kassenmitglied obliegen. Wir wissen auch, daß es Versicherte gibt, die, wenn sie im Kassenlokal einen Arztschein begehren, nicht einmal sagen können, seit wann und bei welchem Arbeitgeber sie in Beschäftigung stehen. Solche Kranke hat Sanitätsrat Dr. Thoma offenbar im Auge. Und für diese nachlässigen und gleichgültigen Versicherten sollen die Kassengeschäftsräume Tag und Nacht geöffnet sein? Das ist ausgeschlossen. Uebrigens dürfte die Zahl der Kranken, die ohne Schein zum Arzt gehen, nur gering sein. Nun soll nicht verkannt werden, daß es für den gewissenhaften Arzt sehr schwer ist, für einen solchen Kranken ein Rezept zu schreiben. Schon deshalb, weil der Arzt in den Fällen, wo sich später herausstellt, daß der Kranke der auf dem Rezept bezeichneten Kasse nicht angehört, Gefahr läuft, von der Kasse schadenersatzpflichtig gemacht zu werden. Dieser Gefahr setzt sich aber der Arzt nicht aus, wenn er dem Kranken, der ohne Schein zu ihm kommt, die Arznei solange auf Privatrezept verschreibt, bis der Patient den ordnungsmäßigen Schein vorlegt. Wird so verfahren, dann wird die Kasse nicht betrogen und der Arzt kommt auch sehr bald zu dem ihm gebührenden Schein, wenn der Kranke Kassenmitglied ist.

Fritz Mulack, Berlin.

II

Es steht leider fest, daß viele Kassenmitglieder sehr säumig mit Beibringung der Krankenscheine sind. Der Vorschlag von Herrn Sanitätsrat Dr. Thoma, wonach die Kasse Tag und Nacht zur Verfügung der Kranken stehen müßte, ist aber praktisch unzweckmäßig. Kein Mitglied wird, wenn Gefahr im Verzuge ist, erst zur Kasse rennen und dann zum Arzt. Ich weise auf die weiten Entfernungen in der Großstadt zum Kassenlokal hin, vom Landbezirk noch gar nicht zu sprechen. Und wie ist es mit der telephonischen Auskunft? Die Kasse wäre verpflichtet, sich ein großes Telephonnetz anzulegen; ob aber eine bestimmte Antwort gegeben werden kann, ist fraglich, wenn z. B. die Personalkarte nicht zu finden ist und das Beitragskonto beim Arbeitgeber liegt, abgesehen noch von den Kosten der Telephongespräche. Die menschliche Pflicht gebietet doch, daß einem plötzlich schwer Erkrankten sofort Beistand geleistet wird. Leider gibt es aber viele Mitglieder, die auch bei geringfügigen Sachen ohne Krankenschein den Arzt aufsuchen. Wie ist dem nun abzuhelfen? Es muß in der Krankenordnung (§ 347 RVO.) bestimmt werden, daß die Mitglieder sich vor Inanspruchnahme des Arztes einen Krankenschein zu besorgen haben und nur in dringenden Fällen der Arzt vorher aufgesucht werden: dem Arzt ist aber sofort von der Kassenzugehörigkeit Mitteilung zu machen und der Kassenschein innerhalb einer bestimmten Frist bei dem Kassenarzt abzugeben. Bei Nichtinnehaltung der Frist gilt das Mitglied bis zur Einlieferung des Krankenscheines als Privatpatient. Ein solcher Auszug ist in Plakatform zu drucken und in den Kassenräumen sowie im Warte-

zimmer des Kassenarztes auszuhängen. Im Notfalle darf eine Bescheinigung über das Beschäftigungsverhältnis oder die Kassenmitgliedschaft auch vom Arbeitgeber oder Betriebsrat ausgestellt werden. Der Arzt darf aber, wenn er noch nicht im Besitze eines Krankenscheines ist, auf dem Rezept keinen Ortskrankenkassenvermerk machen. Darin, daß die Mitglieder die Medizin erst selbst bezahlen müssen, liegt schon ein gewisser Zwang zur Beibringung des Krankenscheins.

Auf die Bemerkung vom Sanitätsrat Dr. Thoma, daß Mitglieder gepöbelt und Skandal geschlagen haben, ist zu bemerken: die Krankenordnung kann auch bestimmen, daß die Mitglieder verpflichtet sind, dem Arzt gegenüber sich anständig zu verhalten. Nach § 529 RVO. können dann Mitglieder, welche gegen diese Bestimmung verstoßen, in Strafe genommen werden. Eine Anzeige des Arztes beim Vorstande genügt, um das Mitglied zur Rechenschaft zu ziehen.

L. Lange, Angest. d. Allgem. OKK. in Lübeck.

III

Daß nicht selten Kassenkranke einen Arzt aufsuchen, ohne sich vorher in den Besitz des vorgeschriebenen Kassenscheines gesetzt zu haben, ist Tatsache. Abgesehen von den Fällen, in denen es sich um bewußte Unterlassung handelt und in unreeller Absicht — Vortäuschung des fehlenden Versicherungsverhältnisses, vorschriftswidrige Zuziehung eines zweiten Arztes usw. — werden es meistens Notfälle sein, ob wirkliche oder vermeintliche braucht wegen der notorischen Strittigkeit der Ansichten darüber gar nicht untersucht zu werden.

Wenn es sich also immerhin, wenigstens was die Zahl der Fälle im Verhältnis zur Gesamtzahl der Konsultationen anbelangt, nur um Ausnahmefälle handelt, so ist es doch geboten, daß nicht nur Aerzte und Kassen in verständnisvollem Zusammenwirken Vorkehrungen zur Vermeidung von Schädigungen treffen, sondern daß auch die Apotheken bei diesen Vorkehrungen mitwirken müssen. Das von Herrn Dr. Thoma vorgeschlagene Mittel kann aber aus durchschlagenden Gründen — man bedenke die Kosten! — nicht in Betracht kommen, um so mehr, als es ein bewährtes Mittel anderer Art gibt.

In unseren Bezirken sehen die Verträge zwischen Aerzten und Kassen, wie auch die zur Aufklärung der Kranken dienenden Krankenordnungen vor, daß die Patienten in „dringenden Fällen" den Arzt ohne Krankenschein aufsuchen können, diesem die in Betracht kommende Gebühr aber hinterlegen müssen mit dem Rechte auf Rückerstattung, wenn sie den fehlenden Krankenschein innerhalb drei Tagen nachbringen. Fristversäumnis hat den Verlust des Erstattungsanspruchs sowohl gegen den Arzt wie auch gegen die Kasse zur Folge. Es entstehen keinerlei Auseinandersetzungen, namentlich auch nicht über den Begriff „dringender Fall", über den bekanntlich die Ansichten fast immer auseinandergehen.

Die Schädigung der Kasse — unter Umständen auch des Arztes — durch die Belastung mit unrechtmäßigen Rezeptkosten wird auf ähnliche Weise vermieden, indem kein Arzt den Namen einer zahlenden Kasse auf den Rezepten eintragen darf, wenn er keinen Krankenschein in Besitz hat. Der Patient muß also, falls er nicht vorher noch den Kassenstempel beschaffen kann, die Rezeptkosten gleichfalls bezahlen und hat auch hier Anspruch auf Rückerstattung seitens der Apotheke, wenn er ihr das mit einem entsprechenden Vermerk versehene Rezept innerhalb einer kurzen Frist erbringt.

Diese Maßnahmen haben sich sehr gut bewährt und können zur Nachahmung empfohlen werden.

W. Krauskopf in Düsseldorf.

IV

Die schichtweise Arbeitszeit in Bürobetrieben ist nicht neu; beim hiesigen Gas-, Wasser- und Elektrizitätswerk wird sie schon lange mit Erfolg gehandhabt. Die Arbeitszeit ist von 7 bis 2 für die erste und von 2 bis 9 für die zweite Schicht festgelegt. Veranlassung zu dieser Maßnahme gab die beschränkte Raumfrage. Die Schwierigkeiten auf dem Wohnungsmarkt machen sich auch bei den Krankenkassen immer mehr fühlbar. Für Neubauten sind Millionen erforderlich, über die die Kassen nicht verfügen. Sollten es daher die Kassen, wo es an Raum für das Personal mangelt, nicht einmal mit der neuen Arbeitszeit versuchen? Nicht allein dem ärztlicherseits auf Seite 395 d. Zeitschr. gerügten Mangel wäre dadurch abgeholfen, auch die Kassenmitglieder hätten Vorteile davon, indem sie dann ihre Angelegenheiten restlos in der arbeitsfreien Zeit besorgen könnten.

Fr. Schönwald in Düsseldorf.

V

Vom Vorstand einer Eisenbahnbetriebskrankenkasse wird uns über dieselbe Frage geschrieben: „Es ist recht betrüblich, daß sich ein älterer Arzt in einer so einfachen Sache nicht zu helfen weiß. Wenn ein Kassenmitglied oder ein behandlungsberechtigter Angehöriger eines solchen im Ausnahmefalle ohne Krankenschein zum Arzt kommt, diesem aber seine Kassenzugehörigkeit nicht mit Sicherheit nachweisen kann, so wird der Arzt zweckmäßigerweise Bezahlung verlangen und Rückzahlung des Betrages in Aussicht stellen, sobald der Krankenschein beigebracht ist. Für die Beibringung des Krankenscheines wird er eine Frist von drei Tagen, bei Ortsansässigen evtl. weniger festsetzen können.

Das Verfahren hat sich bei unserer Kasse schon seit Jahren bewährt. Arbeitsschichtwechsel bei der Kasse einzuführen, liegt nicht die geringste Veranlassung vor; er würde bei dezentralisierten Kassen auch gar nicht durchführbar sein."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Regeln für die Aufstellung des Rechnungs-Abschlusses und der Nachweisungen der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen.

(Zusammengestellt im Statistischen Reichsamt.)

(Schluß zu Heft 29 S. 461 ff.)

Zu Muster 2 (Vermögensnachweisung).

1. Es ist der Vermögensstand am Schlusse des Geschäftsjahrs einzusetzen.

2. Unter I ist nur „Eigenes Vermögen der Kasse (einschließlich der unter III. aufgeführten Rücklage)" aufzuführen. „Besonderes, im Gewahrsam der Kasse befindliches Vermögen" wird nur unter II. nachgewiesen.

3. Der Kassenbestand am Schlusse des Geschäftsjahrs muß sich ergeben, wenn man zum vorjährigen Kassenbestand die Reineinnahmen des Geschäftsjahres hinzurechnet, hiervon die Reinausgaben des Geschäftsjahrs in Abzug bringt und zugleich die noch zu vereinnahmenden Ersatzansprüche bei I. A. 7. sowie die Passiva bei I. B. in Betracht zieht. Nach

dem Beispiel: Roheinnahmen (einschließlich Kassenbestand aus dem Vorjahre) minus Rohausgaben ergibt den Kassenbestand am Schlusse des Geschäftsjahrs, errechnet sich letzterer wie folgt:

Kassenbestand am Schlusse des Vorjahrs . Mk.
Reineinnahmen . . . . Mk.
Neu aufgenommene Darlehen und Vorschüsse (I. B.) . . . . Mk.
Vereinnahmte Ersatzforderungen aus Vorjahren (I. A.) . . . . Mk.

Zusammen Roheinnahmen . Mk.

Hiervon ab:
Reinausgaben . . . . Mk.
Ersatzforderungen aus dem laufenden Jahre (I. A. 7.) . . . . . Mk.
Im laufenden Jahre zurückgezahlte Darlehen und Vorschüsse aus früheren Jahren (I. B.) . . . . . Mk.
Zusammen Rohausgaben . Mk.

Bleibt Kassenbestand am Jahresschlusse . Mk.

4. Verpfändete Wertpapiere rechnen zum Vermögen der Krankenkasse. Sie sind daher in der Vermögensnachweisung unter I. A. 3. weiterzuführen; es ist aber vom Standpunkt der Statistik aus nichts dagegen einzuwenden, wenn sie unter I. A. 7. (Sonstige Forderungen) aufgeführt und durch eine Anmerkung erläutert werden. Die dafür aufgenommenen Darlehen (Passivdarlehen) erscheinen unter I. B. 1. und werden bei Rückzahlung dort abgesetzt. (Siehe auch Bemerkung Nr. 21 zu Muster 1.)

5. Für die Prüfung des angelegten Vermögens dient folgendes Beispiel:

Nach dem Abschluß des Vorjahres betrug das angelegte Vermögen in Hypotheken, Wertpapieren, Bankeinlagen usw. (I. A. 2 bis 4.) . . . . Mk.
Im Geschäftsjahr sind laut Ausgaben im Rechnungsabschluß unter Kap. 7 Tit. 1 bis 3 angelegt . . . . Mk.

Zusammen . Mk.

Hiervon ab:
Im Geschäftsjahr sind laut Einnahmen im Rechnungsabschluß unter Kap. 7 Tit. 1 bis 3 zurückgezogen . . . . Mk.

Bleibt angelegtes Vermögen am Jahresschlusse . . . . Mk.

6. Unter II. Besonderes, im Gewahrsam der Kasse befindliches Vermögen sollen diese Vermögensteile getrennt nach „Bar" und „Wertpapiere" nachgewiesen werden. Es ist zweckmäßig, den Begriff „Bar" hier so auszulegen, daß darunter auch alle übrigen zum „Besonderen Vermögen" rechnenden Teile (außer Wertpapieren), wie etwaige Guthaben bei Banken, Sparkassen usw. zu verstehen und einzusetzen sind.

7. Unter III. Bewegung und Nachprüfung der Rücklage sind nur die gemäß § 364 der Reichsversicherungsordnung der Rücklage zugeführten Beträge einzusetzen.

Zu Muster 3a und 3b (Mitgliedernachweisung).

1. Für die Orts- und Landkrankenkassen ist lediglich Muster 3a, für die Betriebs- und Innungskrankenkassen Muster 3b bestimmt.

2. Es ist die Zahl derjenigen Mitglieder anzugeben, die nach Ausweis des Mitgliederverzeichnisses zu den angegebenen Zeitpunkten vorhanden waren.

3. In den Spalten 7 und 8 des Musters 3a sind auch die in der Forstwirtschaft Beschäftigten nachzuweisen (§ 161 RVO.).

4. Die Gesamtzahl der Mitglieder (Spalte 1 und 2) ist einmal zerlegt nach Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten; es muß also die Summe der Zahlen der Spalten 3 + 5 gleich der Zahl in Spalte 1 und diejenige der Spalten 4 + 6 gleich der Zahl in Spalte 2 sein. Ein zweites Mal — dies trifft nur bei den Orts- und Landkrankenkassen (Muster 3a) zu — wird die Zahl der einer besonderen Versicherungspflicht unterliegenden Mitglieder in den Spalten 7 bis 18 zergliedert; es dürfen also die Summen der Zahlen der Spalten 7 + 9 + 11 + 13 + 15 + 17 nicht höher als die Zahl in Spalte 1 (oder 3 + 5) und diejenigen der Spalten 8 + 10 + 12 + 14 + 16 + 18 nicht höher als die Zahl in Spalte 2 (oder 4 + 6) sein.

5. Versicherungspflichtige, für welche nach § 517 der Reichsversicherungsordnung Rechte und Pflichten ruhen, weil sie einer Ersatzkasse angehören, sind in die Zahl der Mitglieder nicht einzurechnen.

6. Die Erwerbslosen, für die die Beiträge von der Gemeinde gezahlt werden, rechnen zu den Versicherungspflichtigen (nicht Versicherungsberechtigten, siehe auch Bemerkung Nr. 8 zu Muster 1). Sie sind daher in den Spalten 3 und 4 (nicht 5 und 6) zu führen.

7. Im Sinne der Statistik sind unter Dienstboten zu verstehen: Dienende für häusliche (nicht gewerbliche oder landwirtschaftliche) Dienste, die im Haushalt ihrer Herrschaft leben, Knechte und Mägde, die in der Landwirtschaft beschäftigt sind, rechnen nicht hierunter, auch wenn sie in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen sind, sie gehören in die Spalten 7 und 8. Gewerblich beschäftigte Dienstboten und häusliche Dienstboten, die vorwiegend für gewerbliche Zwecke tätig sind (z. B. im Gastwirts- und Beherbungsgewerbe, in Fleischereien, Bäckereien usw.) sind in die Spalten 9 und 10 nicht aufzunehmen.

8. Lehrlinge, die Geld, Kost oder Wohnung erhalten, sind in den Spalten 17 und 18 nicht mitzuzählen.

(Nachweisung der entschädigten Fälle von Kranken- und Wochenhilfe und der entschädigten Sterbefälle.)

Zu Muster 4.

1. Unter „A. Krankenhilfe" sind sowohl bei den Krankheitsfällen als auch den Krankheitstagen nur diejenigen der Mitglieder, nicht diejenigen von Angehörigen zu verzeichnen, während unter „B. Wochenhilfe" außer den Entschädigungsfällen von Mitgliedern auch diejenigen von Angehörigen von Mitgliedern aufzuführen sind.

2. Im Krankenbuche sind nach § 8 der Bundesratsbestimmungen nur die mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungs- und die entschädigten Sterbefälle sowie nach § 12 die entschädigten Fälle von Wochenhilfe einzutragen, wie sie zur Ausfüllung des Musters 4 benötigt werden; wie auch im Krankenbuche diejenigen „Angehörigenfälle" (entschädigte Wochenhilfsfälle und Sterbefälle) Aufnahme zu finden haben, die zur Ausfüllung des Musters 4 erforderlich sind.

3. In den Hauptübersichten nach Muster 4, 7 und 8 sind alle Mitglieder nachzuweisen.

4. Zu Muster 4 sind außerdem gesonderte Nachweisungen aufzustellen für die im Hausgewerbe Be-

schäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für welche nach § 181 der Reichsversicherungsordnung eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vorgeschrieben ist. (Siehe Fußnote *) auf Muster 4.)

Ein besonderer Rechnungsabschluß nach Muster 1 ist für die Hausgewerbetreibenden und die beiden anderen Gruppen nicht aufzustellen. Die Einnahmen und Ausgaben sind für diese Gruppen vielmehr in die Zahlen des allgemeinen Rechnungsabschlusses aufzunehmen.

5. Die Sondernachweisungen nach Muster 4 sind für die durch die RVO. geforderten Zwecke der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bestimmt. Einsendung erfolgt nach § 30 der Bundesratsbestimmungen an das zuständige Versicherungsamt, das sie dem Statistischen Reichsamt vorlegt.

Auf jeder dieser Nachweisungen muß Name, Art und Sitz der Kasse sowie die Art der Versicherten, für die sie bestimmt ist, angegeben werden. (Siehe auch Nr. 1 bis 3 und 6 zu Muster 7 und Nr. 1 bis 3 und 8 zu Muster 8.)

6. Als Versicherungsberechtigte sind auch die freiwillig Weiterversicherten zu erachten.

7. Hat in Bezirken ohne Landkrankenkassen die Allgemeine Ortskrankenkasse in der Satzung bestimmt, daß der Ortslohn als Grundlohn für solche Versicherten zu gelten hat, die nach der Art ihrer Beschäftigung einer Landkrankenkasse anzugehören hätten (z. B. für häusliche Dienstboten), so weicht der Grundlohn für diese Versicherten vom regelmäßigen Grundlohn der Ortskrankenkasse ab.

Die Beiträge und Leistungen sind nach § 181 Abs. 4 der RVO. für diese Versicherten getrennt zu buchen, soweit die oberste Verwaltungsbehörde nichts anderes bestimmt.

Zu Muster 5 bis 8.

Die Muster sind vorläufig — bis einschließlich für das Jahr 1922 — nicht einzureichen. (Siehe auch Bemerkung 3 zu „Allgemeines".)

Zu Muster 5.

In Spalte 3 (Höhe des Entgelts) ist für jede Kategorie der Aerzte die Jahressumme, nicht ein Einzelsatz, der vorn in Spalte 1 anzuführen wäre, einzusetzen. Etwaige Anmerkungen sind als Erläuterung der Zahlenangaben zu empfehlen.

Zu Muster 6.

Es sind alle regelmäßig tätigen Aerzte usw. aufzuführen, ohne Rücksicht darauf, ob vertragliche Abmachungen bestehen oder nicht.

Zu Muster 7.

1. In der Hauptübersicht nach Muster 7 sind alle Mitglieder nachzuweisen. Zu dem Muster 7 sind außerdem gesonderte Nachweisungen aufzustellen für die im Hausgewerbe Beschäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für welche nach § 181 der Reichsversicherungsordnung eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vorgeschrieben ist. (Siehe Fußnote *) auf Muster 7.)

2. Auf jeder dieser Sondernachweisungen muß Name, Art und Sitz der Kasse sowie die Art der Versicherten, für die sie bestimmt ist, angegeben sein.

3. Wegen Aufstellung und Bezeichnung der Nachweisungen siehe auch Nr. 4 bis 6 zu Muster 1 und Nr. 3 bis 7 zu Muster 4.

4. Die Mitgliederzahlen und Beitragseinnahmen sind nicht nur für die versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder, sondern auch für die im Hausgewerbe Beschäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für welche nach § 181 der RVO. eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vorgeschrieben ist, anzugeben, und zwar für beide Geschlechter getrennt (siehe auch Nr. 5 zu Muster 1). Der Gesamtbetrag der Beitragseinnahmen muß mit den Angaben des Kap. 2 in Muster 1 übereinstimmen.

5. Es sind die wirklichen, nicht die auf den Kopf der Versicherten entfallenden Beitragseinnahmen für männliche und weibliche Mitglieder getrennt aufzunehmen.

6. Die Haupt- und Sondernachweisungen nach Muster 7 sind für die durch die RVO. geforderten Zwecke der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bestimmt. Die Einsendung erfolgt nach § 30 der Bundesratsbestimmungen an das zuständige Versicherungsamt, das sie dem Statistischen Reichsamt vorlegt.

Zu Muster 8.

1. In der Hauptübersicht nach Muster 8 sind alle Mitglieder nachzuweisen. Zu dem Muster 8 sind außerdem gesonderte Nachweisungen aufzustellen für die im Hausgewerbe Beschäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für welche nach § 181 der Reichsversicherungsordnung eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vorgeschrieben ist. (Siehe Fußnote *) auf Muster 8.)

2. Auf jeder dieser Sondernachweisungen muß Name, Art und Sitz der Kasse sowie die Art der Versicherten, für die sie bestimmt ist, angegeben sein.

3. Wegen Aufstellung und Bezeichnung der Nachweisungen siehe Nr. 3 bis 7 zu Muster 4.

4. Als Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel sind für die angegebenen Mitgliedergruppen, soweit möglich, die wirklich gewährten Leistungen mitzuteilen. Wo aber eine Trennung der Leistungen nach dem Geschlechte der Mitglieder oder nach Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten oder nach den in der Anmerkung *) zu Muster 8 bezeichneten besonderen Mitgliedergruppen nicht möglich ist, genügt vorläufig eine Verteilung der im einzelnen nicht aussonderbaren Leistungen nach Maßgabe der für die Aufwendungen in Betracht kommenden Personen.

Die Art der Unterverteilung der Leistungen ist durch eine Anmerkung auf Muster 8 zu erläutern.

5. Im Muster 8 sind sämtliche Ausgaben auf Grund der reichsgesetzlichen Krankenversicherung zur Darstellung zu bringen, also auch das Hausgeld sowie das Schwangeren- und Stillgeld. Letztere Ausgaben gehören zu den sonstigen Leistungen der Wochenhilfe (Spalte 5), erstere zu den sonstigen Leistungen der Krankenhilfe (Spalte 4).

6. Zu empfehlen ist, daß solche Kassen, bei welchen die einzelne ärztliche Leistung bezahlt wird, wenn möglich auch die Kassen mit anderen Systemen, den Kassenärzten nahelegen, sich in jedem Falle nach der Zugehörigkeit des die ärztliche Hilfe Nachsuchenden zu den einzelnen Mitgliedergruppen zu erkundigen und das ausgestellte Rezept mit einem entsprechenden Vermerke, z. B. einem vereinbarten Buchstaben, und, wenn möglich, mit der Mitgliedsnummer zu versehen.

Soweit sich die für Familienhilfe gewährten Leistungen nicht ausscheiden lassen, genügt es, nur die ausscheidbaren Aufwendungen mitzuteilen.

7. In Spalte 1 (Aerztliche Behandlung usw.) des Musters 8 sind auch die Kosten für Krankenbehandlung durch approbierte Zahnärzte sowie für Krankenbehandlung und Geburtshilfe durch andere Heilpersonen, Hebammen usw. einzutragen.

8. Die Haupt- und Sondernachweisungen zu Muster 8 sind für die durch die RVO. geforderten

Zwecke der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bestimmt. Die Einsendung erfolgt nach § 30 der Bundesratsbestimmungen an das zuständige Versicherungsamt, das sie dem Statistischen Reichsamt vorlegt.

Zur Einführung des Markensystems in der Angestelltenversicherung

ist zu unserer Mitteilung in Heft 23 S. 360 nachzutragen, daß die Postverwaltung als Vergütung für den Markenvertrieb 2% von der ersten Milliarde und 1% von der weiteren Summe verlange. In der Sitzung des Verwaltungsrats vom 21. 6. 22 teilte der Berichterstatter als Ergebnis der Beratung des Organisationsausschusses über diese Frage mit, daß der Ausschuß die Forderung der Postverwaltung für viel zu hoch erachte und daß, wenn der Anspruch nicht ermäßigt werde, es wohl für die Reichsversicherungsanstalt zweckentsprechender sein werde, den Markenvertrieb selbst in die Hand zu nehmen.

Schrifttum.

Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 nebst dem Einführungsgesetz in der jetzt geltenden Fassung unter Berücksichtigung aller Ergänzungs- und Abänderungsvorschriften. Handausgabe mit Einleitung, Erläuterungen, Anhang und Sachregister von Dr. Fritz Stier-Somlo, o. Professor der Rechte an der Universität Köln. 2. völlig neu bearbeitete Auflage. XXXVII u. 1510 Seiten. München 1922. C. H. Beck, gebunden 950 M. Preis unverbindlich.

Der hier in aller Ausführlichkeit wiedergegebene Titel läßt ungefähr ahnen, welche Fülle man in diesem Buche findet. Es ist eine „Handausgabe" — aber für zwei kräftige Männerhände! Das kann den nicht wundernehmen, der eine Vorstellung hat von dem kolossalen Umfange schon des bloßen Textes der RVO. und der sie ergänzenden Gesetze und Verordnungen, ferner von den zahllosen Aenderungen dieser Gesetzgebung, die in dichter Folge sich überstürzten und noch überstürzen. Sie alle hat der Verfasser noch bis Ende Juli d. J., und während der Satz der Bogen bereits fertiggestellt war, also mit peinvoller Mühe, in den Anmerkungen berücksichtigt, zum Teil sogar im vollen Text aufgenommen. Die wichtigsten reichsrechtlichen Vorschriften zur Ergänzung und Aenderung der RVO. sind in einem besonderen Verzeichnis unter 129 Nummern aufgeführt (S. 1490 bis 1495). Wenn der Verfasser im Vorwort der Hoffnung Ausdruck gibt, daß „der nunmehrige Bestand nunmehr" auf längere Zeit unverändert bleiben werde, so kann man ihm diese glückliche Seelenstimmung nach soviel Mühe neidlos gönnen, ohne sie zu teilen. — Die Anmerkungen bieten keinen ausführlichen Kommentar; das konnte ja auch nicht Aufgabe dieser „Handausgabe" sein. Aber in dem ihnen angewiesenen engen Rahmen enthalten die Anmerkungen wertvolles Material für die Erfassung und Anwendung des massigen Rechtsstoffs, und die zahlreichen Hinweise auf Gesetzesmaterialien, Schrifttum und Rechtsprechung bieten dem Benutzer des Buches die Möglichkeit, Eingehenderes an anderer Stelle nachzulesen. Bedenklich ist freilich nicht selten die Zitiermethode des Verfassers. Ein Beispiel: In Anm. 8 zu § 377 RVO. wird die Frage aufgeworfen, ob Abs. 3 sich auch auf Ausgaben bezieht, die nicht im Aufsichtsrecht enthalten sind. Hierzu wird bemerkt: „Bejahend RVA. AN. 1921 S. 381 M. Schr. 9, 80, dagegen mit Recht Hahn, schon früher Stier-Somlo und Riedel, Arb.-Vers. 37, 629." Das ist geradezu eine Entstellung. Wenn die sachlich doch recht gleichgültige Frage der Priorität überhaupt berührt werden sollte, müßte es heißen: „Dagegen mit Recht Hahn (schon 1913, ausführlicher 1915) Anm. 3, später unter Bezugnahme auf Hahn auch Stier-Somlo Anmerkung 6; zu vgl. Riedel, Arb.-Vers. 33, 303, Schriftleitung 37, 629." — Eine Flüchtigkeit anderer Art und von minderem Belange erwähnen wir nur, weil sie die Arb.-Vers. nahe angeht. Als Herausgeber dieser Zeitschrift ist im „Abkürzungsverzeichnis" Troschel angegeben. Das trifft schon seit vielen Jahren nicht mehr zu. Dies hätte einem so eifrigen Leser unseres Blattes, wie Herr Professor Stier-Somlo hoffentlich ist, nicht entgehen sollen. Vielleicht benutzt er die hoffentlich nahe Gelegenheit einer dritten Auflage dazu, einem längst Verstorbenen die Ruhe und dem Lebenden sein Recht zu geben.

Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von Mitgliedern dieses Amtes, 13. Band, Berlin 1922, Verlag von Behrend & Co. — XVI und 451 Seiten. Preis 130 Mk., für Bezieher der „Amtl. Nachr. des RVA." 108 Mk.

Die früheren Bände sind in dieser Zeitschrift regelmäßig angezeigt und mit der Anerkennung besprochen worden, die der nach Inhalt und Anordnung vortrefflichen Sammlung gebührt. Der Besitz der vollständigen Reihe dieser Bände ist ein besonders wertvoller Schatz für jeden, der sich praktisch oder schriftstellerisch mit dem Reichsversicherungsrecht befaßt. Der neue Band umfaßt 162 — nicht nur grundsätzliche, in den „Amtl. Nachr." enthaltene! — Entscheidungen des Reichsversicherungsamts und anderer Versicherungsbehörden, geordnet nach der Paragraphenfolge der RVO., darunter namentlich auch zahlreiche Entscheidungen des bayerischen Landesversicherungsamts. Dann folgen 25 „Mitteilungen" über Fragen des Reichsversicherungsrechts, teils Bescheide des Reichsversicherungsamts, teils Entscheidungen anderer Gerichte, besonders des Reichsgerichts. Den Schluß bilden 6 eingehende Obergutachten ärztlicher Autoritäten, die sämtlich die so wichtige und vielfach recht schwierige Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Tod oder Erkrankung an gewissen (verschiedenen) Leiden und einer mehr oder minder leichten Unfallverletzung behandeln. Das Inhaltsverzeichnis am Anfang und das Sachregister am Schlusse des Bandes sind mustergültig in ihren knappen und doch klaren Angaben. Ein „Gesetzesregister" über die in den Entscheidungen und Mitteilungen behandelten Gesetzesvorschriften schließt den Band, wie üblich, ab.

Die Wochenhilfe. Kommentar zu den Gesetzen v. 9. Juni 1922 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge. Von Dr. Heinz Jaeger, Direktor des städt. Versicherungsamts in München. 2. Afl. München 1922, C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung. IV und 137 Seiten. Preis, leicht geb. 160 M.

Die erste Auflage ist hier 1920 S. 457 besprochen und als ein für alle Praktiker unentbehrliches Hilfsmittel zur richtigen und sachgemäßen Anwendung des Gesetzes gebührend gewürdigt worden. Seitdem

ist das Recht der Wochenhilfe durch eine Reihe von Gesetzen einschneidend geändert worden, insbesondere durch die beiden Gesetze vom 9. Juni 1922, welche die Wochenhilfe und die Wochenfürsorge, entsprechend der Verschiedenheit ihres inneren Grundes und Wesens und der dadurch gebotenen verschiedenartigen Ausgestaltung, je für sich behandeln. Das machte die Neuauflage zu einem Bedürfnisse, dem der Verfasser, als kundiger Praktiker und Schriftsteller, in zweckmäßigster Weise entsprochen hat. Er hat, in dem Bestreben, den Umfang des Buches möglichst in den Grenzen der ersten Auflage nicht wesentlich zu überschreiten, die rechtsgeschichtlichen Ausführungen ausgeschieden. Der Praktiker wird sie nur selten vermissen und, wo dies einmal dennoch der Fall sein sollte, auf die erste Auflage zurückgreifen können. Um so reicher sind im übrigen die Anmerkungen über Inhalt und Sinn der einzelnen Vorschriften und die Erörterungen über die zahlreich auftauchenden Zweifel. Meist wird man dem Verfasser zustimmen können. So trifft er z. B. auch in der Frage, ob die Krankenkasse bei der Wochenfürsorge nur Zahlstelle für das Reich ist oder ob und inwieweit sie auch die Voraussetzungen des Anspruchs nach Grund und Höhe zu prüfen hat, das Richtige, ohne übrigens auf den durch unsere Auslassung im Heft 17 S. 269 entbrannten und in Heft 19 S. 289, Heft 20 S. 305, Heft 22 S. 337 fortgeführten Streit einzugehen, von dem der Verfasser bei Abschluß seiner Arbeit wohl noch keine Kenntnis hatte.

Die Novellen zum Reichs-Notstandsmaßnahmen-Gesetz. Von Dr. Heinz Jaeger, Direktor des städt. Versicherungsamts München. Stuttgart 1922, Verlag von J. Heß. 63 Seiten. Preis 72 M.

Im gleichen Verlage hat der Verfasser unter dem Titel „Notstandsmaßnahmen für Rentner der Invaliden- und Angestelltenversicherung" einen Kommentar zum Ges. v. 7. 12. 21 mit den Ausführungsbestimmungen von Preußen, Bayern, Sachsen und Württemberg (Preis 85 M.) erscheinen lassen. Das vorliegende Heft ist ein Nachtrag hierzu, der durch die Aenderungen des Hauptgesetzes v. 7. 12. 21 und der Ausführungsbestimmung v. 24. 12. 21 notwendig geworden ist, und wird namentlich allen Besitzern des Hauptbandes ein willkommenes und unentbehrliches, handliches Hilfsmittel sein. Der Nachtrag enthält zunächst Textabdrücke der abändernden Gesetze (v. 24. 4. und 18. 7. 22) und Verordnungen (v. 19. 5. und 29. 7. 22), dann den ganzen Text des Hauptgesetzes und der Hauptverordnung in der neuen Fassung, weiterhin den Kommentar zu den abgeänderten Vorschriften des Hauptgesetzes. Er besteht aus einer Vorbemerkung wesentlich rechtsgeschichtlichen Inhalts und aus eingehenden, klaren Anmerkungen zu den §§ 2, 2a, 8 Abs. 3 Satz 2 nebst einer Ausführung über das „Uebergangsrecht" von dem Hauptgesetze zu den beiden Novellen. Am Schlusse des Heftes ist das Rundschreiben des Reichsarbeitsministers v. 25. 4. 1922, betr. das Abrechnungsverfahren nach § 7 mitgeteilt.

Wochenhilfe, Wochenfürsorge und Familienhilfe. Kommentar vom Geheimen Regierungsrat J. Krause, Direktor des Thür. Oberversicherungsamts. 3. Auflage. Stuttgart 1922. Verlag von J. Heß. 195 Seiten. Preis 180 Mk.

Die erste Auflage (siehe ArbVers. 1921 S. 76) war, wie die Bewährung dieses Kommentars in der Praxis erwarten ließ, schnell vergriffen, und eine zweite Auflage war bereits gedruckt und versandfertig, als die neuen Gesetze v. 9. 6. 22 vom Reichstag angenommen wurden und den Vertrieb des Buches hemmten oder sogar ausschlossen. Der Verfasser hat sich durch dies bedauerliche Mißgeschick (von dem heutzutage jedes versicherungsrechtliche Werk jederzeit bedroht sein kann) dankenswerterweise nicht entmutigen lassen und sofort die Bearbeitung der vorliegenden dritten Auflage in Angriff genommen. Sie enthält zunächst in zweckmäßiger Anordnung den Abdruck des Textes der beiden Gesetze v. 9. 6. 22 über Wochenhilfe und über Wochenfürsorge und dann nochmals die einzelnen Vorschriften dieser Gesetze, je mit ausführlichen und klaren Erläuterungen und umfassenden Literaturnachweisen, ferner auch Erläuterungen zu den noch geltenden Bestimmungen des Gesetzes v. 26. 9. 19 über Wochenhilfe und Wochenfürsorge. Die umsichtige Stoffbeherrschung und die faßliche Darstellung sichern dem Verfasser das Interesse aller Praktiker und weitere Neuauflagen des Buches.

Ergänzungen zum vierten Buche der Reichsversicherungsordnung (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung). Bearbeitet von H. Follmann, Senatspräsident am Reichsversorgungsgericht. Berlin und Leipzig 1922 im Verlag der Vereinigung wissenschaftlicher Verleger. 111 Seiten. Preis 30 Mk.

Das kleine Heft ist ein Nachtrag zu der in der Guttentagschen Sammlung erschienenen „Textausgabe der RVO. mit Anmerkungen" in vier Bänden (zu vgl. Arb.-Vers. 1914 S. 100 und 1916 S. 740). Es bringt unter 45 Nummern den Abdruck aller seit Beginn des Krieges erlassenen, die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung betreffenden, ergänzenden oder abändernden Gesetze, Verordnungen und Bekanntmachungen. Es schließt mit dem Gesetz über die Versicherung der Hausgewerbetreibenden vom 30. 4. 22 ab. Wie dadurch der vierte Band der bezeichneten Gesamtausgabe wieder zu einem verläßlichen Hilfsmittel über den gegenwärtigen Stand des Rechts der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gestaltet wird so wird das Ergänzungsheft selbstverständlich den gleichen guten Dienst auch den Besitzern anderer Ausgaben der RVO. leisten.

Beantwortung von Anfragen.

Den Beziehern der „Arbeiter-Versorgung" erteilen wir Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet gegen eine der fortschreitenden Geldentwertung angemessene und von Fall zu Fall festzusetzende Vergütung bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung dazu oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Die Veröffentlichung an dieser Stelle behalten wir uns vor.

Häusliche Gemeinschaft als Voraussetzung der Familienwochenhilfe.

1. **Nach Lehe.** Antwort: In dem geschilderten Falle kann die häusliche Gemeinschaft kaum bezweifelt werden. Sie wird jedenfalls nicht dadurch ausgeschlossen, daß die Tochter Miete an die Mutter zahlt. Fraglich könnte die Rechtslage nur sein, wenn die Tochter zwar einen Raum von der Wohnung der Mutter abgemietet hat, aber doch eine selbständige Hauswirtschaft führt, also nicht an der gemeinsamen Beköstigung und Unterkunft teilnimmt. Dann würde in der Tat eine häusliche Gemeinschaft nicht bestehen.

Ein solcher Fall liegt wohl aber nicht vor. Voraussetzung des Anspruchs auf Familienwochenhilfe ist aber, daß die Tochter keinen Anspruch aus § 195 a RVO. hat. Dies trifft auch dann zu, wenn sie wegen Ueberschreitens der Versicherungsgrenze nicht versichert ist. Hilfsbedürftigkeit oder Erwerbslosigkeit sind nicht Voraussetzungen des Anspruchs. Also Wohlhabenheit schließt den Anspruch nicht aus.

Verlust der Mitgliedschaft nach Beginn der Krankheit.

2. **Nach Pf.** Antwort: Krankheit im Sinne der Krankenversicherung liegt nicht nur dann vor, wenn Arbeitsunfähigkeit, sondern schon dann, wenn die Notwendigkeit von Krankenpflege, das heißt die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder der Anwendung von Heilmitteln besteht. In dem Augenblick, da diese Notwendigkeit eintritt, beginnt die Krankheit und damit der Versicherungsfall. Darum hat ein Mitglied Anspruch auf die volle satzungsmäßige Unterstützung, wenn Krankenpflege notwendig wird, ohne daß es arbeitsunfähig ist. Tritt ein solcher Fall noch während der versicherungspflichtigen Beschäftigung, also während der Mitgliedschaft ein, so kommt die Anwendung des § 214 RVO. garnicht in Frage, auch wenn das Mitglied während der Krankheit erwerbslos und nun noch arbeitsunfähig wird. Der einmal noch während der Mitgliedschaft entstandene Anspruch auf Krankenhilfe wird durch die Erwerbslosigkeit und die hierdurch beendete Mitgliedschaft nicht aufgehoben.

Wochengeld vor und nach der Niederkunft.

3. **Nach M.** Antwort: Das Versicherungsamt geht von dem Falle aus, daß vor der Niederkunft kein Krankengeld gezahlt wurde, und nimmt an, daß dann mit der Entbindung das Wochengeld für vier Wochen sofort fällig und daß der Rest für weitere sechs Wochen gemäß § 210 RVO. wochenweise, „beginnend mit Ablauf der ersten Woche nach der Entbindung", abzutragen ist. Dies ist nur bedingt richtig. Daß von den zehn Wochen des Wochengeldbezugs mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen (§ 195 a Abs. 1 Ziff. 3 RVO.), bedeutet, daß das Wochengeld für vier Wochen auf die Zeit vor der Niederkunft gezahlt oder verrechnet werden kann, nämlich wenn die Wöchnerin es beantragt (§ 1545 RVO.), und die Kasse es bewilligt oder die Satzung es vorsieht. Fehlt diese Voraussetzung, so ist der mit der Entbindung fällig gewordene Betrag für vier Wochen auf die Zeit nach der Entbindung zu verrechnen, so daß die wochenweise Abtragung des Restes für sechs Wochen erst mit Ablauf der fünften Woche nach der Entbindung beginnt. Entsprechend ist die Auffassung des Versicherungsamtes in dem Beispiel II zu berichtigen. Im übrigen ist dem Versicherungsamte beizutreten.

Erstattungspflicht des Reiches in den am 23. Juni 1922 schwebenden Fällen der Familienwochenhilfe.

4. **Nach H.** Frage: Nach § 205d des Gesetzes v. 9. 6. 22, betr. Wochenhilfe, werden nur noch die Regelleistungen der Krankenkasse nach § 205 a Absatz 3 durch das Reich zur Hälfte erstattet. Nach Art. IX des Gesetzes ist die Bestimmung am 23. 6. 22 in Kraft getreten. Ist diese Bestimmung nur auf Fälle, die vom 23. 6. ab entstanden sind, anzuwenden oder auch auf die laufenden Fälle?

Antwort: Die Erstattungspflicht des Reiches entsteht an sich nicht mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Unmöglich kann hierfür der Tag maßgebend sein, an welchem die Kasse ihre Nachweisungen einreicht. Wohl aber kann es zweifelhaft sein, inwieweit Versicherungsfälle, die beim Inkrafttreten des Gesetzes, also am 23. Juni 1922, schwebten, von der Aenderung berührt werden. Wir neigen der Ansicht zu, daß die Erstattungspflicht des Reiches in diesen Fällen nach den alten Vorschriften zu bemessen ist. Die Leistungspflicht der Kasse selbst ist die Voraussetzung für die Erstattungspflicht des Reiches, und für ihren Umfang ist der Eintritt des Versicherungsfalles maßgebend, soweit nicht die Gesetze ausdrücklich abweichende Bestimmungen treffen. Das entspricht einem allgemein anerkannten Grundsatz, und er ist auch auf die Verpflichtung des Reiches anzuwenden. Dieses muß daher in Fällen der Familienwochenhilfe, die am 23. Juni 1922 liefen, auch für die Zeit von diesem Tage an die Mehrleistungen zur Hälfte erstatten. Es gilt hier also noch § 205 d RVO. in der Fassung des Gesetzes v. 22. 5. 1920.

Beinstützapparat als Hilfsmittel, nicht als Heilmittel.

5. **Nach Breslau.** Antwort: Der Beinstützapparat gehört zu den „Hilfsmitteln", die nach beendigtem Heilverfahren notwendig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (§ 187 Ziff. 3 RVO.). Diese Mehrleistung gewährt Ihre Kasse nach § 9 Abs. 11 der Satzung nur den Mitgliedern selbst, nicht auch den Familienangehörigen: denn § 14 Abs. 1 der Satzung bezeichnet als Familienhilfe ausdrücklich nur ärztliche Behandlung sowie Versorgung mit Arznei und kleineren „Heilmitteln", wozu jener Apparat nicht gehört, der ein bereits abgeschlossenes Heilverfahren voraussetzt. Daß die Gewährung dieser Mehrleistung für die Familienangehörigen wirklich nicht im Sinne der Satzung liegt, ist auch daraus zu entnehmen, daß der § 14 einzelne Bestimmungen des § 9 bei der Familienhilfe für anwendbar bezeichnet, nicht aber die Bestimmung unter Abs. 11 des § 9.

Abfindung wegen der Unfallrente (§§ 616, 617 RVO.) unter der Geltung des Abkommens mit Dänemark.

6. **Nach Hamburg.** Antwort: Nach Art. 8 Abs 1 Ziff. 1 des Abkommens Nr. 14 mit Dänemark zur Ausführung des Art. 312 des Vertrages von Versailles (RGBl. II S. 218 ff.) sind die Leistungen aus der Unfallversicherung auch einem dänischen Staatsangehörigen, der sich in Dänemark aufhält, deutscherseits zu gewähren, wenn er auf Grund eines Unfalls, der sich außerhalb des abgetretenen Gebiets bis zum 14. 6. 20 ereignet hat, eine Entschädigung von einer deutschen Berufsgenossenschaft erhält. Nach Abs. 2 des Art. 8 a. a. O. wird durch diese Bestimmung „die Befugnis der zuständigen Stelle nicht berührt, den Berechtigten, wenn er Ausländer ist, unter seiner Zustimmung mit dem gesetzlich vorgesehenen Betrag abzufinden". Diese Bestimmung ist nur auf § 616 und auf den ersten Fall des § 617 RVO. zu beziehen. Für den zweiten Fall des § 617, wonach der Berechtigte „ohne seine Zustimmung mit einem dem Werte seiner Jahresrente entsprechenden Kapital" abgefunden werden kann, gilt Abs. 2 des Art. 8 des Abkommens nach seiner unseres Erachtens klaren Fassung nicht, sondern es bleibt in diesem Falle bei der Bestimmung des Abs. 1 Ziff. 1 a. a. O. Danach hat der berechtigte Ausländer grundsätzlich Anspruch auf Entschädigung durch Rente; er kann nicht ohne seine Zustimmung mit dem Kapitalwerte der Rente ein für allemal abgefunden werden. Für die Auffassung, daß man bei Abfassung des Art. 8 des Abkommens möglicherweise nur den ersten Fall des § 617 RVO., also die Abfindung mit dem dreifachen Betrage der Jahres-

rente ins Auge gefaßt habe, die Abfindung ohne Zustimmung des Berechtigten aber nicht habe ausscheiden wollen, fehlt jeder Anhalt. Es ist vielmehr anzunehmen, daß man die Möglichkeit einer Benachteiligung des berechtigten Ausländers durch eine nicht mit seiner Zustimmung erfolgende Abfindung ausschließen wollte. Demgegenüber ist auch der Hinweis auf Art. 17 des Abkommens ohne Belang. Diese Vorschrift besagt allerdings, daß für die Entscheidung über Rentenansprüche, die beim Inkrafttreten des Abkommens noch nicht rechtskräftig entschieden sind, die Gesetze des Landes maßgebend sind, welches die Entschädigung übernimmt. Allein das ist eine allgemeine Rechtsnorm, die nur gilt, soweit das Abkommen nicht abweichende besondere Bestimmungen enthält; und eine solche besondere Bestimmung ergibt sich eben aus dem Art 2, der eine Abfindung ohne Zustimmung des berechtigten Ausländers ausschließt.

Unzulässige Verurteilung einer nicht in Anspruch genommenen Kasse zur Gewährung von Kassenleistungen.

7. **Nach Bismarckhütte.** Antwort: Der Kläger war auf Grund seiner Beschäftigung in der Bismarckhütte Pflichtmitglied der dortigen Betriebskrankenkasse, ist aber aus dieser Beschäftigung ausgeschieden und hat eine Anstellung bei einer Firma in Neiße angenommen, wo er die Arbeit am 26. April, früh um 7½ Uhr antreten sollte. Vor diesem Zeitpunkte ist er auf dem Wege zur Arbeitsstelle verunglückt und erkrankt und hat deshalb die Leistungen der allgemeinen Ortskrankenkasse in Neiße auf Grund des § 182 RVO. in Anspruch genommen. Dieser Anspruch war unbegründet, weil das Beschäftigungsverhältnis bei der Neißer Firma zwar vereinbart, aber im Zeitpunkt der Erkrankung noch nicht wirksam geworden war; denn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis beginnt grundsätzlich nicht vor dem Zeitpunkt, in dem der Arbeitnehmer tatsächlich die Arbeit antritt oder doch sich zur Verfügung des Arbeitgebers bereitzuhalten hat (zu vgl. Arb.-Vers. 1922 Heft 3 S. 48 Ziff. 6 a). Es konnte daher nur in Frage kommen, ob etwa die Voraussetzungen für einen Anspruch gegen die Betriebskrankenkasse, aus der der Kläger ausgeschieden war, nach § 214 RVO. gegeben waren. Dies hat das Versicherungsamt ganz richtig erkannt und dennoch ein recht verfehltes Urteil gefällt, indem es seine Entscheidung dahin faßte: „Zuständig zur Gewährung der Kassenleistungen ist die Betriebskrankenkasse der Bismarckhütte." Gemeint war wohl, daß der erhobene Anspruch gegen die Neißer Ortskrankenkasse aus § 182 nicht begründet war. Dann mußte die gegen diese Kasse erhobene Klage abgewiesen werden. Hierzu war das angerufene Versicherungsamt Neiße zuständig. Auszusprechen, daß eine vom Kläger gar nicht in Anspruch genommene Kasse zur Gewährung von Kassenleistungen aus einem ganz anderen Rechtsgrunde, nämlich aus der früheren Zugehörigkeit zu jener anderen Kasse (§ 214), „zuständig" sei, dazu war das Versicherungsamt nicht befugt. Für eine solche Entscheidung war im Rahmen des gegen die Neißer Kasse anhängig gewordenen Rechtsstreits schlechthin kein Raum. Als eine Verurteilung der Betriebskrankenkasse Bismarckhütte, die zu dem Verfahren nicht zugezogen und in keiner Weise an der Streitsache beteiligt war, kann die Entscheidung selbstverständlich nicht gelten; sie ist schlechthin ohne jede rechtliche Wirkung, wenn man sie nicht etwa als Abweisung der erhobenen Klage ansehen will, in welchem Falle das Rechtsmittel der Berufung nur dem Kläger, nicht der Betriebskrankenkasse zustehen würde. Dieser aber empfehlen wir, da der Anspruch des Klägers aus § 182, wie ausgeführt, in der Tat unbegründet ist, nunmehr zu prüfen, ob die Voraussetzungen des Anspruchs aus § 214 wirklich gegeben sind, und danach zur Sache Stellung zu nehmen.

Prüfung von Gehaltsfestsetzungen in Hinsicht auf das Sperrgesetz.

8. **Nach M.** Antwort: Wie wir es grundsätzlich abgelehnt haben, die in Einzelfällen getroffenen Gehaltsfestsetzungen in Hinsicht auf das Sperrgesetz nachzuprüfen (Arb.Vers. 1921 Seite 620 Ziffer 11), so müssen wir aus gleichen Gründen auch die Beantwortung von Zweifelsfragen hinsichtlich der Eingruppierung von Angestellten nach den Besoldungsgesetzen oder auf Grund der in den Dienstordnungen enthaltenen Besoldungsordnungen ablehnen.

Sachleistungen der Wochenhilfe nach §§ 195 c, 195 d RVO. (Fassung vom 9. 6. 22).

9. **Nach Magdeburg.** Antwort: a) Nach § 195 a Abs. 1 Ziff. 2 RVO. (Fassung v. 9. 6. 22) beträgt der bare Beitrag zu den Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden 250 M. Beschließt aber der Vorstand statt dessen gemäß § 195 c, „freie Hebammenhilfe und freie Arznei" zu gewähren, so ermäßigt sich jene bare Beihilfe auf 100 M. Danach ist ein Beschluß, wonach neben dem Betrage von 100 M. nur ⅔ der wirklichen Kosten für Entbindung und Schwangerschaftshilfe gewährt werden sollen, ungültig; denn unter der im § 195 c vorausgesetzten „freien" Hebammenhilfe und Arznei ist selbstverständlich die Tragung der vollen Kosten für diese Sachleistung zu verstehen. Demgegenüber ist die Erwägung, daß jener Teilbetrag immer noch wesentlich höher sein werde, als der einbehaltene Teilbetrag von 150 M., ohne Belang. Dies zu erwägen, wäre Sache des Gesetzgebers gewesen; der Kasse steht es nicht zu, aus solchem Grunde von der klaren Vorschrift des Gesetzes abzuweichen.

b) Ein Beschluß des Vorstandes im Sinne des § 195 c ist nur zulässig, „soweit keine Anordnung nach § 195 d getroffen ist". Nach diesem § 195 d kann, wo nach Landesgesetz eine öffentlichrechtliche Körperschaft den Hebammen die Gebühren auszahlt oder ein bestimmtes Mindesteinkommen gewährleistet, zugleich angeordnet werden, daß die Kasse einen Teil der baren Beihilfe nach § 195 a Abs. 1 Ziff. 2 bis zur Höhe von 150 M. an die Körperschaft statt an die Wöchnerin zu zahlen hat. Das Wort „soweit" im § 195 c läßt erkennen, daß für einen Beschluß des Vorstandes auf Grund dieser Vorschrift immer noch Raum sein kann, wenngleich eine landesrechtliche Anordnung nach § 195 d ergangen ist. Dies hat Krause in der 3. Aufl. seines Kommentars, Anm. 3 zu § 195 c nicht beachtet, indem er bemerkt, dem Vorstande stehe die Befugnis aus § 195 c nicht zu, „wenn" (statt „soweit") landesgesetzliche Vorschriften im Sinne von § 195 d getroffen sind. Der § 195 c bezieht sich ja auf freie Hebammenhilfe und Arznei, der § 195 d aber nur auf Hebammenhilfe. Die Befugnis, freie Arzneigewährung zu beschließen, verbleibt also dem Vorstande auch im Falle des § 195 d.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1370 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. November 1922 | Heft 32

Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I.

Durch die Gesetze über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 499 und 502) sind, soweit dies bei der Kürze der Zeit der Vorbereitung möglich war, manche Zweifelsfragen, die sich aus der ungenauen Fassung der bisherigen gesetzlichen Vorschriften ergaben, beseitigt worden. Immerhin ist auch hier wieder die merkwürdige Tatsache zu verzeichnen, die übrigens nachgerade zu eine notwendige Eigenschaft jeder Aenderung der Gesetzgebung auf dem Gebiete der Wochenhilfe zu werden scheint, daß durch die anderweite Fassung der gesetzlichen Vorschriften neue Unklarheiten hervorgerufen werden, die sich bei der Durchführung der Gesetze aller Voraussicht nach höchst unliebsam bemerkbar machen. Sie hängen mit der schon in den früheren Gesetzen enthaltenen Ungenauigkeit zusammen, daß der Leistungsgrund der Schwangerschaft von dem Leistungsgrund der Entbindung nicht scharf genug getrennt ist. Bis zu den neuen Gesetzen wirkte das weniger störend, weil wenigstens die Leistungen der Krankenkasse bei Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen auseinandergehalten waren. In den Gesetzen über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 9. Juni 1922 ist aber die Regelung dadurch unübersichtlicher geworden, daß für beide Versicherungsfälle zusammen eine einheitliche Leistung vorgeschrieben ist. Zu den Zweifeln, die sich aus dem nicht präzisen Wortlaut ergeben, werden also noch sachliche Schwierigkeiten hinzukommen.

II. Wenn von der zutreffenden Erwägung ausgegangen wird, daß Schwangerschaft und Entbindung zwei verschiedene Versicherungsfälle sind, so darf nicht außer Acht gelassen werden, daß nicht nur Wöchnerinnen, sondern auch Versicherte, die nicht Wöchnerinnen sind, Anspruch auf Leistungen der Wochenhilfe haben; denn unter Schwangerschaftsbeschwerden werden nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts — Entsch. v. 18. September 1916 (A. N. S. 742 — nur solche Beschwerden einer Schwangeren verstanden, die der Geburt vorausgehen. Die mit einer Fehlgeburt einhergehenden Beschwerden sind keine Schwangerschaftsbeschwerden, sondern Beschwerden der Fehlgeburt selbst; sie begründen keinen Anspruch auf irgendeine Leistung der Wochenhilfe, sondern sind als Krankheit anzusprechen. In dem Augenblick, in dem Schwangerschaftsbeschwerden eintreten, kann also niemals von einer Wöchnerin die Rede sein. Ob die Versicherte, die Schwangerschaftsbeschwerden hat, einmal eine Wöchnerin wird, steht noch keineswegs fest; abgesehen von der Möglichkeit des Eintritts des Todes vor der Entbindung spielt auch die Fehlgeburt eine große Rolle, die weder im medizinischen Sinne noch im Sinne der Gesetzgebung eine Entbindung darstellt. Aus diesem Grunde war die durch das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) bewirkte Umwandlung des Wortes Wöchnerin im Eingang des § 195 a in die Worte „weibliche Versicherte" — das Wort „Versicherte" wäre völlig ausreichend gewesen, da männliche Versicherte keine

Wochenhilfe beziehen —, nicht nur aus dem in der Begründung angeführten Grunde, um zum Ausdruck zu bringen, daß die Wöchnerin zur Zeit der Entbindung gegen Krankheit versichert sein müsse, sondern auch deshalb erforderlich, weil die Leistungen der Wochenhilfe nicht ausschließlich an Wöchnerinnen gewährt werden. Wäre diese Tatsache bei der Aenderung dieser Worte nicht außer Acht gelassen, so wäre die Notwendigkeit weiterer Aenderungen alsbald erkannt worden.

a. Im § 195a wird der Anspruch auf Wochenhilfe davon abhängig gemacht, daß die Wöchnerin im letzten Jahre vor der Entbindung mindestens sechs Wochen gegen Krankheit versichert gewesen ist. Da in dem Zeitpunkt, in dem die Schwangerschaftsbeschwerden eintreten, der Zeitpunkt der Entbindung noch nicht feststeht, so kann eine weibliche Versicherte Anspruch auf Leistungen der Wochenhilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden nur dann haben, wenn sie in dem Jahre vor Eintritt der Schwangerschaftsbeschwerden mindestens ein Jahr gegen Krankheit versichert gewesen ist. Sollte es anders sein, so müßte mit der Gewährung der Leistungen für Schwangerschaftsbeschwerden gewartet werden, bis die Entbindung vor sich gegangen ist, um dann ausrechnen zu können, ob die Versicherte in dem Jahre vor der Entbindung ausreichend lange gegen Krankheit versichert gewesen ist. Diese merkwürdige Fassung des Gesetzes sollte dahin abgeändert werden, daß die Worte „vor der Niederkunft" durch die Worte „vor Eintritt des Versicherungsfalls" ersetzt werden, wenn der Nachweis der bestimmten Versicherungsdauer auch für Schwangerschaftsbeschwerden und nicht nur für die Entbindung verlangt wird.

b. Vorausgesetzt, daß sich der § 195a Abs. 3 RVO. nicht nur auf die Zahlung des Wochen- und Stillgeldes bezieht, müßte auch hier das Wort „Wöchnerin" durch das Wort „Versicherte" ersetzt werden. Da aber ein Bedürfnis für die Regelung des Bezugs schwebender Wochenhilfeleistungen nur bei fortlaufenden Leistungen besteht, so sollten statt der Worte „während der Leistung der Wochenhilfe" die Worte „während des Bezugs des Wochen- und Stillgeldes" gewählt werden. Alsdann könnte das Wort „Wöchnerin" stehen bleiben.

c. Daß es der Absicht des Gesetzes entspricht, die Verteilung der von der leistungspflichtigen Krankenkasse gewährten Schwangerschaftsbeihilfe auszuschließen, dürfte nach den Erwägungen, die zur Aufnahme des § 197 in die RVO. geführt haben, nicht anzunehmen sein. Da in dem jetzigen § 197 RVO. nur von Wöchnerinnen die Rede ist, so kann, streng genommen, eine Verteilung der einer Versicherten bei Schwangerschaftsbeschwerden gewährten Leistungen nicht vorgenommen werden. Auch hier wäre eine Klärung in der einfachsten Weise zu erreichen, daß statt des Wortes „Wöchnerin" das Wort „Versicherte" gewählt wird.

d. Hinsichtlich der Familienwochenhilfe findet sich im § 205a Abs. 1 Nr. 3 der gleiche Fehler wie im Eingang des § 195a RVO., da auch hier von einer Versicherung der Kassenmitglieder im letzten Jahre vor der „Niederkunft" die Rede ist; statt dessen müßte es „vor Eintritt des Versicherungsfalls" heißen. Die häusliche Gemeinschaft der Töchter müßte auch zur Zeit der Schwangerschaftsbeschwerden, nicht nur zur Zeit der Entbindung bestehen. Nach § 205a Abs. 5 RVO. muß die Familienwochenhilfe auch gewährt werden, wenn die „Niederkunft" innerhalb 9 Monaten nach dem Tode des Versicherten eintritt. Da nach dem Wortlaut des Satzes 3 in der Fassung des Gesetzes über Aenderungen der Reichsversicherungsordnung vom 21. Juli 1922 (RGBl. S. 654) neben den Wöchnerinnen auch Schwangere in Betracht kommen, so muß angenommen werden, daß auch bei Schwangerschaftsbeschwerden, die innerhalb 9 Monaten nach dem Tode des Familienhauptes eintreten, Leistungen gewährt werden sollen. Es muß deshalb auch hier das Wort „Niederkunft" durch das Wort „Versicherungsfall" ersetzt werden. Wenn mehrere Krankenkassen zu Leistungen der Familienwochenhilfe verpflichtet sind, so soll nach § 205a Abs. 8 RVO. die Wöchnerin die Wahl unter den Kassen

haben. Hier müßte das Wort „Wöchnerin" durch das Wort „Familienangehörige" ersetzt werden.

e. Nachdem den Krankenkassen die Gewährung ärztlicher Behandlung in Natur bei Schwangerschaftsbeschwerden und bei Entbindungen zur Pflicht gemacht worden ist, mußte dafür Vorsorge getroffen werden, daß, wie in Krankheitsfällen, eine Ablösung dieser Verpflichtung durch Barleistungen möglich ist und von Aufsichts wegen auf die Bereitstellung ärztlicher Hilfe gehalten werden kann. Dieser Anforderung ist durch eine Ergänzung der §§ 370, 372 RVO. Rechnung getragen worden. Im § 370 RVO. ist die Ergänzung in der Weise vorgenommen, daß beim Unvermögen der Krankenkasse, die ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen bereitzustellen, der Wöchnerin statt der Sachleistungen eine bare Beihilfe bis zum Betrage von 300 M.[1]) oder bis zu dem von dem Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats anderweit festgesetzten Betrage gewährt werden kann. Hier findet sich also wiederum die gleiche Ungenauigkeit, wie an anderen Stellen, weil auf die Schwangerschaftsbeschwerden keine Rücksicht genommen ist. Das gleiche gilt für den § 372 RVO., wo hinter dem Worte „Erkrankten" die Worte „und Wöchnerinnen" eingefügt sind. Auch das Wort „Schwangere" hätte aufgenommen werden müssen, doch wäre es einfacher und zweckentsprechender gewesen, das Wort „Erkrankte" durch das Wort „Versicherte" zu ersetzen.

III. Während diese Ungenauigkeiten der Wortfassung durch eine entsprechende oder „vernünftige" Auslegung überwunden werden können, ergeben sich aus dem Zusammenwerfen der Kassenleistungen für Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen ernsthafte Schwierigkeiten. Sowohl bei der Kriegswochenhilfe als auch bei der Wochenhilfe und Wochenfürsorge im Rahmen der Nachkriegsgesetzgebung wurde abgesehen vom Wochen- und Stillgeld bei Entbindungen ein einmaliger Betrag in Gestalt des Entbindungsbeitrags und bei Schwangerschaftsbeschwerden ein einmaliger Beitrag in Gestalt der Schwangerenbeihilfe gewährt. Jetzt ist diese Trennung weggefallen. Sowohl die ärztliche Behandlung als auch die sonstigen Beihilfen werden gemeinsam für Schwangerschaft und Entbindung gewährt. Soweit es sich um die Gewährung der ärztlichen Behandlung durch die Kasse selbst handelt, werden sich naturgemäß Schwierigkeiten aus dieser einheitlichen Regelung nicht ergeben, da die Verpflichtung unbegrenzt ist. Verwickelter wird die Angelegenheit, sobald es sich um die Ablösung der ärztlichen Hilfe in Natur durch Barleistungen und um Ersatz der Kosten bei Familienwochenhilfe durch das Reich oder um Verteilung der Kosten auf die Krankenkassen handelt, denen die Versicherte im Jahre vor der Entbindung angehört hat. In allen Fällen gilt nach § 370 Abs. 1 Satz 2, 3, § 197 Abs. 1 Satz 2, § 205d Abs. 1 Satz 2 RVO. als Wert dieser Sachleistung der Betrag von 300 M., sofern nicht der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats einen anderen Betrag festsetzt. Der Betrag von 300 M. ist danach für die ärztliche Hilfe bei Entbindungen und Schwangerschaftsbeschwerden einheitlich bestimmt; eine Teilung des Betrages nach Schwangerschaftsbeschwerden einerseits und nach der Entbindung andererseits ist also nicht vorgesehen. Daraus ergibt sich einmal, daß für die Entbindung immer der gleichhohe Betrag von 300 M. eingestellt werden muß, ohne Rücksicht darauf, ob eine Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden stattgefunden hat oder nicht. Ebenso muß in den Fällen, in denen eine Entbindung nicht stattfindet, sondern nur Schwangerschaftsbeschwerden vorgelegen haben, der volle Betrag von 300 M. berücksichtigt werden. Es kann zur Vermeidung dieses widersinnigen Ergebnisses nur empfohlen werden, daß der Reichsarbeitsminister alsbald einen anderen Betrag bestimmt und dabei eine Teilung zwischen Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen vorsieht. Zu beachten ist noch, daß der Armenverband bei Gewährung ärztlicher Behandlung an eine hilfsbedürftige Schwangere

[1]) Die Geldbeträge der Wochenhilfe und Wochenfürsorge sind inzwischen durch die Verordnungen über Wochenhilfe und über Wochenfürsorge vom 22. September 1922 RGBl. I, S. 752) erhöht worden.

oder Wöchnerin die vollen Kosten ohne Rücksicht auf die Höchstgrenze fordern kann, da für diese Ersatzforderung ein Pauschbetrag nicht vorgesehen ist.

Aehnlich verhält es sich mit dem einmaligen Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und Schwangerschaftsbeschwerden. Auch hier ist die Gewährung der Hebammenhilfe und Arznei innerhalb des Geschäftsbereichs der Kasse im allgemeinen ohne Weiterungen möglich, weil eine gewisse Teilung der Beihilfe von 250 M. vorgesehen ist. Für Schwangerschaftsbeschwerden werden nur 50 M. ohne Rücksicht darauf, ob nur ärztliche Behandlung oder nur Arznei oder beides gewährt worden ist. Merkwürdig ist nur, daß der auf die Schwangerschaftsbeschwerden entfallende Teil der Beihilfe nicht gleich, sondern erst dann gezahlt werden darf, wenn eine Fehlgeburt folgt oder die Schwangere stirbt, denn nur dann ist festzustellen, ob eine Entbindung stattfindet oder nicht. Keine Antwort gibt das Gesetz auf die Frage, ob die Schwangerenbeihilfe nur einmal oder öfter bei jedem Eintritt von Schwangerschaftsbeschwerden zu zahlen ist und wie es sich mit einem Kassenwechsel verhält. Ist die neue Kasse gehalten, bei neuen Schwangerschaftsbeschwerden wiederum zu leisten, auch wenn die Versicherte schon bei der früheren Kasse die Beihilfe für Schwangerschaftsbeschwerden bezogen hat? In Ermangelung einer gesetzlichen Vorschrift kann sich die neue Kasse nicht auf die Leistungen der früheren Kasse berufen.

Besondere Schwierigkeiten werden aber entstehen, sobald es sich um die Umwandlung der Beihilfe in Sachleistungen handelt. Hier ist das Gesetz wieder voll von Ungenauigkeiten. Nach § 195 c RVO. sollen in diesem Falle die Barleistungen auf 100 M. ermäßigt werden. Dabei ist zu beachten, daß nach der Begründung eine Teilung der Sachleistung dahin, daß nur Hebammenhilfe oder nur freie Arznei gewährt wird, nicht zulässig ist, so daß immer die beiden Leistungen gleichzeitig in Sachleistungen umgewandelt werden müssen. Hier erhebt sich sogleich die Frage, ob die Ermäßigung in dem Umfange auch eintritt, wenn, was als durchaus zulässig gelten muß, Hebammenhilfe und freie Arznei nur bei Schwangerschaftsbeschwerden gewährt wird. Nach dem Wortlaut des Gesetzes muß sie, obwohl darin eine durch nichts zu rechtfertigende Bereicherung der Kasse zu erblicken ist, bejaht werden. Folgt den Schwangerschaftsbeschwerden eine Entbindung nicht nach, so fällt auch in diesem Falle der ganze Beitrag weg. Allerdings kann die Unzuträglichkeit dadurch überwunden werden, daß die Kassen als verpflichtet angesehen werden, die Sachleistungen allgemein für Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen zu gewähren.

Nach § 195 c Abs. 2 gilt bei Ersatzleistungen als Wert der Sachleistungen zur Hebammenhilfe und Arznei bei Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen der Betrag von 150 Mark. Da sonach eine Teilung des Betrages je nachdem, ob nur Schwangerschaftsbeschwerden bestehen oder nur eine Entbindung vorliegt oder beides zusammen eintritt, nicht vorgesehen ist, so kann die leistungspflichtige Kasse bei Verteilung **ihrer** Leistungen nach § 197 RVO. den vollen Betrag zugrunde legen, auch wenn nur Schwangerschaftsbeschwerden vorgelegen haben. Auch der Armenverband, der einer hilfsbedürftigen weiblichen Person bei Schwangerschaftsbeschwerden Hebammenhilfe oder Arznei gewährt hat, kann ohne Rücksicht auf den Betrag seiner Unkosten den vollen Betrag von 150 M. erstattet verlangen, denn es muß angenommen werden, daß, da die RVO. ein einheitliches Gesetz ist, durch den § 195 c Abs. 2 RVO., der allgemein von Ersatzforderungen gegen Krankenkassen spricht, auch der § 1533 Nr. 3 RVO. abgeändert worden ist. Die Vorschrift des Abs. 2 a. a. O. hat also eine über den Rahmen des zweiten Buches der RVO. hinausgehende Bedeutung. Auch für Ersatzforderungen einer Krankenkasse gegen eine andere Krankenkasse wegen zu Unrecht gewährter Leistungen nach § 224 Nr. 2 RVO. gilt § 195 c Abs. 2 unbeschränkt. Das Reich hat der Kasse bei Familienhilfe auch die Hälfte des Betrages von 150 M., also 75 M. stets zu ersetzen, ohne Rücksicht darauf, ob Hebammenhilfe und Arznei als Sachleistungen nur bei

Schwangerschaftsbeschwerden oder auch bei Entbindungen gewährt sind.

IV. Auch bei der Abfassung des Gesetzes über Wochenfürsorge vom 9. Juni 1922 (R. GBl. I S. 502) ist außer Acht gelassen, daß nicht nur Wöchnerinnen, sondern auch Schwangere Anspruch auf Leistungen der Wochenhilfe im Rahmen der Wochenfürsorge haben. Ungenau ist daher, wenn im § 2 nur von minderbemittelten Wöchnerinnen die Rede ist. Hier müßte statt des Wortes „Wöchrerin“ das Wort „Deutsche“ gebraucht werden. Ebenso ungenau ist die Bezeichnung „Wöchnerin“ in den §§ 4, 5, 6, 7 und 11 des Gesetzes. Ueberall wäre hier „minderbemittelte Deutsche“ einzusetzen. Da für den Begriff des Minderbemittelseins die steuerlichen Verhältnisse im Jahre oder im Steuerjahre vor der Entbindung maßgebend sein sollen, so ist nicht festzustellen, ob bei Schwangerschaftsbeschwerden das Jahr oder Steuerjahr vor den Schwangerschaftsbeschwerden oder vor der später zu erwartenden Entbindung maßgebend sein soll. Es ist sehr wohl denkbar, daß die Verhältnisse in den beiden Zeiträumen verschieden liegen, so daß eine Wöchnerin, die zur Zeit des Eintritts der Schwangerschaftsbeschwerden minderbemittelt ist, dies nicht mehr im Zeitpunkt des Eintritts der Entbindung ist. Im übrigen ergeben sich im wesentlichen die gleichen Bedenken und Unzuträglichkeiten, die bereits bei der Wochenhilfe im Rahmen der Krankenversicherung hervorgehoben sind, die erst behoben werden können, wenn eine sorgfältige Scheidung zwischen den Leistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden und bei Entbindungen durchgeführt ist.

Der Begriff der „erhöhten Rente“ in dem Gesetz über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung.

Von Dr. Roewer, Syndikus des Veraandes der Deutschen Berufsgenossenschaften.

Die Unfallversicherung kennt Zulagen zu den Renten seit dem Jahre 1918. Sie bestanden zunächst in festen monatlichen Beträgen von Mk. 8,— und später Mk. 20,—. An deren Stelle traten durch die „Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5 Mai 1920“ bestimmte, nach den Ursprungsjahren der Renten abgestufte Prozentsätze von diesen, und durch das „Gesetz über Neuregelung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 28. Dezember 1921“ wurde das Zulagewesen aufs neue auf eine andere Grundlage gestellt. Nach seinem § 3 besteht die Zulage „in dem Betrag, um den die Rente hinter dem Betrag zurückbleibt, den sie hätte, wenn sie nach folgenden Jahresarbeitsverdiensten berechnet würde (erhöhte Rente)“, und diese Jahresarbeitsverdienste werden dann ziffernmäßig angegeben. Die Höhe der Zulage ergibt sich somit aus dem Unterschied zwischen der zulageberechtigten Rente und der sogenannten „erhöhten Rente“, und diese wird berechnet nach einem in dem Gesetz bestimmten fiktiven (angenommenen) Jahresarbeitsverdienst. Es wird also nach wie vor zwischen der eigentlichen Rente und der Zulage unterschieden. Der Zulageberechtigte erhält keine erhöhte R e n t e, sondern seine, sagen wir, Stammrente in alter Höhe und dazu eine Zulage. Mit anderen Worten: das Gesetz hat an dem Zulagesystem festgehalten. Es wäre deswegen überhaupt nicht nötig gewesen, in ihm von einer „erhöhten Rente“ zu sprechen. Wenn es trotzdem geschehen ist, findet es seine Erklärung in der Entstehungsgeschichte des Gesetzes. Der ursprüngliche Gesetzentwurf sah nämlich für den Fall des Zusammentreffens mehrerer zulageberechtigter Renten in einer Person besondere Vorschriften vor, die es nötig machten, wiederholt von dem fraglichen Betrage zu sprechen, und es bedeutete deswegen die Einführung des Begriffs der „erhöhten Rente“ bei der gesetzestechnischen Fassung dieser Vorschriften eine wesentliche Erleichterung; es wäre sonst erforderlich gewesen, jedesmal — allzu umständlich — von dem Betrage zu sprechen, den die Rente hätte, wenn sie nach den im Gesetz festgesetzten Jahresarbeitsverdiensten berechnet würde. Nachdem die betreffenden Vorschriften in dem endgültigen Ge-

setz keine Stätte gefunden hatten, hätte der in Rede stehende oben wiedergegebene Klammerzusatz, wie gesagt, zwar fehlen können; man hat ihn aber, seinen praktischen Wert auch im übrigen erkennend, stehen lassen. So war man denn auch in der Lage, ihn in dem „Gesetz über Erhöhung der Zulagen in der Unfallversicherung vom 3. Juni 1922“ zu verwenden. Es ist dort einmal von der „erhöhten Verletztenrente“ und einmal von „anderen erhöhten Renten“ die Rede.

Veranlassung zu den vorstehenden Ausführungen gibt mir der Aufsatz in Heft Nr. 24 dieser Zeitschrift vom 21. August 1922, „Die Unfallrenten“ von Obersekretär Willy Reitzel in Holtenau. Der Verfasser verwendet den Begriff nämlich zwar zweimal (S. 370, linke Spalte, Zeile 5—6 von unten und rechte Spalte, Zeile 20 von unten) richtig, im übrigen aber überall (viermal) falsch. In allen diesen Fällen hätte er vielmehr jedesmal, anstatt den Begriff der „erhöhten Rente“ zu verwenden, „Zulage“ sagen müssen. An einer Stelle (S. 370, rechte Spalte, 4. Zeile von unten) spricht er andererseits fälschlich von einer Gesamtrente anstatt von der „erhöhten Rente“. Wo die „anderen erhöhten Renten“ des Gesetzes vom 3. Juni 1922 (S. 370, rechte Spalte, Zeile 11 ff. von oben) behandelt werden, heißt es ferner, daß es sich hierbei um solche handele, „die (einzeln oder zusammen) 50 v. H. erreichen oder übersteigen“. Auch das ist nicht richtig, nicht diese Renten selbst sind im Sinne des Gesetzes die „anderen erhöhten Renten“, sondern nur für die Höhe der Zulagen zu ihnen kommen die „anderen erhöhten Renten“ in Betracht, d. h. diese berechnen sich bei ihnen nach anderen Jahresarbeitsverdiensten. Uebrigens ist dem Verfasser in dieser Beziehung auch noch eine andere kleine Ungenauigkeit unterlaufen. Es handelt sich nicht nur um die von ihm gekennzeichneten Renten, sondern auch noch um alle Hinterbliebenen- und Angehörigenrenten.

Klar ist auch nicht, was mit dem Satz (S. 370, rechte Spalte, Zeile 18/19 von unten): „Nach dem oben erwähnten Jahresarbeitsverdienst wird die Rente unmittelbar berechnet“, gemeint ist. Ebenso ist es endlich unrichtig und irreführend, wenn der Verfasser an einer Stelle (S. 370, rechte Spalte, Zeile 11/12 von unten) sagt, daß die Erhöhung der Renten das Doppelte betrage. Bei dem ganzen Gesetz vom 3. Juni 1922 handelt es sich und kann es sich überhaupt nur um eine Erhöhung der Zulagen handeln. Die Höhe der Rente bleibt ja, wie wir oben gesehen haben, grundsätzlich dieselbe wie früher und allgemein kann man überdies von einer Verdoppelung von Beträgen durch das Gesetz überhaupt nicht sprechen. Nur der in dem Gesetz vom 28. Dezember 1921 für den Bereich der gewerblichen und der See-Unfallversicherung sowie bezgl. der Betriebsbeamten und Facharbeiter in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung festgesetzte fiktive Jahresarbeitsverdienst ist verdoppelt, nämlich von Mk. 12000,— auf Mk. 24000,— gebracht worden. Nur insoweit darf also von einer Verdoppelung gesprochen werden, die allerdings auch eine Verdoppelung der „erhöhten Renten“, aber doch eben nur derjenigen zur Folge hat, die nunmehr auf Grund eines Jahresarbeitsverdienstes von Mk. 24000 zu berechnen sind. Die Zulagen werden auch in diesen Fällen nicht auf die doppelte Höhe gebracht, vielmehr erhöhen sie sich darüber hinaus noch um den Betrag der Stammrente.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur versicherungsrechtlichen Stellung der Schwestern vom Roten Kreuz.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 29. Juli 1922 (2712 Amtl. Nachr. 1922 S. 396).

Für die Frage der Versicherungspflicht ist nicht ausschlaggebend, welche Erziehung der Beschäftigte genossen hat, welche Bildung, welche Kenntnisse und Fähigkeiten er besitzt. Denn entscheidend ist nicht, welche Tätigkeit er verrichten könnte, sondern, welche er tatsächlich ausübt. Eine genossene Ausbildung

erhält demnach nur insoweit für die versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung Bedeutung, als sie den Beschäftigten Kenntnisse, Fertigkeiten oder Fähigkeiten gewinnen läßt, ohne welche die Beschäftigung nicht betrieben werden könnte. Die zwei Jahre dauernde Ausbildung der Schwestern vom Roten Kreuz erstreckt sich darauf, die Schwestern in das Wesen der einzelnen Krankheiten einzuführen, so daß sie die Anordnungen der Aerzte richtig aufzufassen und auszuführen vermögen. Insbesondere müssen sie lernen, Heilmittel in der richtigen Abmessung zu verabreichen, die für Operationen unerläßlichen Maßnahmen der örtlichen und allgemeinen Betäubung auszuführen. Sie müssen sich die Fertigkeit aneignen, den Arzt bei der Verwendung der Instrumente zu unterstützen, die Körperwärme der Kranken zu messen, die Zahl der Pulsschläge festzustellen, Blut zu entnehmen, Blut und Harn zu untersuchen. Dazu kommt eine gründliche Ausbildung in der eigentlichen Krankenpflege. Auch muß ein gewandtes und sicheres Auftreten den Kranken gegenüber erlernt werden. Von niederen Dienstleistungen sind sie befreit. Während der Lernzeit sind die Schwestern den Vollschwestern nachgeordnet und haben deren Anweisungen Folge zu leisten. Sie üben keinerlei selbständige Tätigkeit aus. Außer freiem Unterhalt beziehen sie nur ein Taschengeld. Sie sind daher mangels Bezugs eines Lohnes nach § 1227 RVO. versicherungsfrei.

Den Abschluß der Lernzeit bildet eine Prüfung, nach deren erfolgreicher Ablegung die Schwestern zu Vollschwestern ernannt und oftmals wechselnd als Stationsschwestern oder als diesen beigeordnete Schwestern oder als Pflege- oder Gemeindeschwestern beschäftigt werden. Die ihnen durch die Ausbildung vermittelten Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten werden nunmehr von ihnen selbständig in ihrer Tätigkeit verwertet. Diese Tätigkeit reiht sie in den Kreis der Angestellten in gehobener Stellung im Sinne des § 1226 Abs. 1 Nr. 2 RVO. ein. Richtig ist zwar, daß ihre Arbeitsleistung zum großen Teil in Hilfsdiensten für die Aerzte besteht. Hilfsdienst ist jedoch nicht ohne weiteres Gehilfendienst, sondern nur dann, wenn er sich in der Hauptsache auf Handreichungen ohne wesentliche eigene geistige Tätigkeit und Verantwortung beschränkt. Im vorliegenden Falle verlangt aber schon die sachgemäße Durchführung der ärztlich allgemein angeordneten Maßnahmen von den Vollschwestern ein derartiges Maß von Kenntnissen, Fachbildung, geistiger Selbständigkeit, Pflichtgefühl, Umsicht und Verantwortlichkeitsgefühl, daß sie sich weit über den Kreis der im wesentlichen nur handarbeitenden Gehilfen erheben. Allerdings ruht die Verantwortung für den Kranken in erster Linie auf den Schultern des Arztes. Die Schwester ist ihm aber wieder dafür verantwortlich, daß die Krankenpflege nicht nur nach seinen für den Einzelfall gegebenen besonderen Anweisungen, sondern auch nach den allgemein hierfür bestehenden Regeln durchgeführt wird. Dies gibt ihr eine eigene höhere auf selbständigem Denken und Handeln beruhende Verantwortlichkeit. Die hiernach gebotene Einreihung der Vollschwestern vom Roten Kreuz in die Gruppe der Angestellten in gehobener Stellung entspricht auch der Volksanschauung.

Die geschilderte Betätigung ist allen Vollschwestern, sei es, daß sie als Stationsschwestern, als beigeordnete Schwestern, Pflege- oder Gemeindeschwestern verwendet werden, gemeinsam. Darüber hinaus besteht ein Unterschied nur insofern, als die Stationsschwestern außerdem vielfach die in der Station erforderlichen schriftlichen Arbeiten, wie Führung der Stationsbücher und der Krankengeschichte, zu erledigen und die Verantwortung für den gesamten Stationsdienst haben. Die Betätigung als Pflege- oder Gemeindeschwester unterscheidet sich dadurch, daß sie außerhalb der Räume des Roten Kreuzes erfolgt, im ersten Falle in einer bestimmten Familie, im zweiten Falle innerhalb einer ganzen Gemeinde, in welcher der Schwester die Fürsorge für die erkrankten oder von Krankheit bedrohten Gemeindemitglieder anvertraut ist. Auch hier bleibt die Schwester dem Mutterhaus unterstellt, an das die für ihre Mühewaltung zu leistende Gebühr abzuführen ist. Diese Unterschiede sind für die Frage der Versicherungspflicht belanglos.

Außer den genannten Schwesterngruppen gibt es beim Roten Kreuz noch Probeschwestern und freiwillige Hilfsschwestern, die, soweit sie die Prüfung bereits abgelegt haben, den Vollschwestern, soweit dies nicht der Fall ist, den Lernschwestern gleichzustellen sind.

Für ihre Tätigkeit erhalten die Vollschwestern und die ihnen gleichgestellten Probe- oder Hilfsschwestern neben freiem Unterhalt und sonstigen Sachbezügen Geldvergütungen, die über den Begriff des Taschengeldes hinausgehen. Da der Entgelt die im § 1226 Abs. 1 Nr. 2 RVO. vorgesehene Grenze von 2000 M. jährlich übersteigt, scheiden sie aus dem Kreise der nach der RVO. versicherungspflichtigen Personen aus. Sie gehören jedoch zu den im § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte aufgeführten Personen und sind nach diesem Gesetze versicherungspflichtig.

Eine Beschaffungsbeihilfe für vergangene Zeit ist bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nicht zu berücksichtigen.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angest.-Vers. vom 30. Juni 1921 (P. 146/21).

Die Entscheidung hängt davon ab, ob die nach der Auskunft des Vorsitzenden des Kreisausschusses unstreitig für eine zurückliegende Zeit gewährte Beschaffungsbeihilfe bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in Betracht zu ziehen ist. Das

SchG. meint, daß vorliegend die Anrechnung der Beschaffungsbeihilfe zulässig sei, weil hier der Jahresarbeitsverdienst nach § 1 Abs. 3 des VGfA. und nicht nach § 17 a. a. O. zu berechnen sei. Eine solche unterschiedliche Behandlung würde jedoch sachlich nicht gerechtfertigt sein. Das OSchG. hat in der Entsch. vom 22. April 1920 — P. 216/19 — (AVN 1920 S. 197 Nr. 418) im Anschluß an die Entsch. vom 31. März 1918 — P. 139/17 — (AVN 1918 S. 207 Nr. 298) ausgesprochen, daß die für eine nicht feststehende zurückliegende Zeit gezahlten einmaligen Kriegsteuerungszulagen für die Festsetzung der Gehaltsklasse (§ 16 des VGfA.) nicht zu berücksichtigen sind. Dabei hat es sich von der gleichen Erwägung leiten lassen, die dazu geführt hat, der der Gehaltserhöhung seitens eines Arbeitgebers nachträglich für einen früheren Zeitpunkt beigelegten rückwirkenden Kraft einen Einfluß auf die Beitragsentrichtung zu versagen. Ebensowenig wie die tatsächlichen Voraussetzungen, welche die Versicherungspflicht begründen, nachträglich geändert werden können, ist auch eine nachträgliche Aenderung der Grundlagen für die Beitragsberechnung mit rückwirkender Kraft möglich. Die Leistungspflicht der Angestellten und seiner Arbeitgeber kann nicht nachträglich für eine bereits verflossene Zeit verändert werden. Hiergegen sind weder vom SchG. noch von Dersch, der die zuletzt bezeichnete Entscheidung allerdings bekämpft (zu vergl. Dersch, Die gesamten Abänderungsgesetze zur Angestelltenversicherung, Anm. 3 zu § 1 S. 34) und auf den sich das Schiedsgericht bezieht, durchgreifende Einwendungen erhoben worden. Die vorstehende Erwägung trifft auch für die hier in Betracht kommende Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu. Es geht nicht an, eine für eine zurückliegende Zeit gewährte Teuerungszulage dann außer acht zu lassen, wenn es sich um die Festsetzung der Gehaltsklasse handelt, sie aber zu berücksichtigen, wenn dadurch der Angestellte aus der Versicherung herausfällt. In dieser Hinsicht muß vielmehr bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nach § 1 und § 16 des VGfA. einheitlich verfahren werden. Hiernach war vorliegend die Beschaffungsbeihilfe von 600 Mk. nicht zu berücksichtigen.

Dann erweist sich aber die Entscheidung des Rentenausschusses als zutreffend. § 5 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 gibt das Recht der Befreiung von der eigenen Beitragsleistung zufolge eines bis zum 30. Juni 1920 gestellten und demnächst angenommenen Versicherungsantrages nur denjenigen Angestellten, welche auf Grund des Gesetzes neu in die Angestelltenversicherung eintreten. Ausgeschlossen vom Befreiungsrecht sind dagegen solche Angestellte, welche bereits nach § 1 des VGfA. in Verbindung mit der VO. vom 28. August 1918 versichert sind. Zu den letzteren gehört der Angestellte; seine bisherige Versicherungspflicht hat bis zu der auf den 1. Mai 1920 zurückbezogenen Wirkung der Ausdehnung der Versicherungsgrenze bestanden; die Zugehörigkeit zur AV. ist nicht unterbrochen worden. Dies schließt die Anwendung des § 5 des Gesetzes aus.

Anm.: Die Entscheidung ist wegen der durch Sperrdruck hervorgehobenen Sätze auch für die anderen Gebiete der Reichsversicherung von Bedeutung.

Zulässigkeit der Revision bei Erstattungs- und Ersatzansprüchen nach dem 5. Buche der RVO.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts (Großen Senats) v. 13. Mai 1922 (2707 Amtl. Nachr. 1922 Seite 386).

Für Ersatzstreitigkeiten gelten nach § 1771 RVO. die §§ 1636 bis 1734 entsprechend, soweit die §§ 1772 bis 1779 nichts anderes vorschreiben. Nach § 1778 Abs. 1 ist die Revision bei Erstattungs- und Ersatzansprüchen ausgeschlossen, wenn es sich um vorübergehende Leistungen handelt. Nach dem zweiten Absatz ist sie aber zulässig für Erstattungs- und Ersatzansprüche, die im Fünften Buche dieses Gesetzes geordnet sind. Die Anwendbarkeit der Revisionsausschließungsgründe der §§ 1695, 1696 auf die Ersatzansprüche hängt also davon ab, ob § 1778 etwas anderes vorschreibt im Sinne des § 1771 und somit die Zulässigkeit der Revision für die Erstattungs- und Ersatzansprüche erschöpfend regelt, oder ob er für sie nur einen weiteren Ausschließungsgrund bringt, der zu den übrigen hinzutreten soll. Das Bayerische Landesversicherungsamt, das in zwei Entscheidungen vom 6. November 1917 und 26. April 1920 (Mitt. d. Landesvers.-Amts 1918 S. 8 Nr. 141 und 1920 S. 93 Nr. 185) den letzteren Standpunkt vertritt, legt aus der Entstehungsgeschichte, insbesondere daraus, daß in dem Entwurfe zur Reichsversicherungsordnung der jetzige § 1778 nicht hinter § 1771, sondern noch unter den allgemeinen Vorschriften über das Verfahren stand, eingehend dar, daß hiernach der durch das Wort „aber" im § 1778 Abs. 2 eingeleitete Gegensatz nicht auf § 1771, sondern auf den ersten Absatz des § 1778 zu beziehen sei. An der Richtigkeit dieser Beweisführung ist nicht zu zweifeln. Diesem Umstand kann aber für die vorliegend zu entscheidende Frage keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen werden. Vielmehr handelt es sich lediglich darum, ob § 1778 in seiner Gesamtheit, insbesondere also schon im ersten Absatz eine „andere", also abweichende und erschöpfende Regelung trifft. Ist das der Fall, so kann aus der Tatsache, daß der zweite Absatz wieder eine Ausnahme vom ersten bildet, nicht geschlossen werden, daß in den Fällen des zweiten Absatzes die Ausschließungsgründe der §§ 1695, 1696 a. a. O. gelten sollen, sondern nur, daß in diesen Fällen die Revision ohne jede Einschränkung zuzulassen ist. Dafür spricht auch der

Wortlaut. Die Worte „Sie ist aber zulässig" im zweiten Absatz deuten in ihrer Uneingeschränktheit darauf, daß die Revision ausnahmslos zulässig sein soll. Hätte nur der Ausschließungsgrund des ersten Absatzes für die Erstattungs- und Ersatzansprüche des Fünften Buches beseitigt werden sollen, so wäre wohl der Ausdruck „Dies gilt nicht für ..." gewählt worden. Einen wertvollen Anhalt dafür, daß § 1778 in seinen beiden Absätzen die Zulässigkeit der Revision bei den Erstattungs- und Ersatzansprüchen erschöpfend regeln soll, bietet gerade die von dem Bayerischen Landesversicherungsamte herangezogene Entstehungsgeschichte. § 1773 stand, wie schon erwähnt, im Entwurfe zur Reichsversicherungsordnung noch unter den allgemeinen Vorschriften über das Verfahren, und zwar schloß er sich als § 1655 unmittelbar den §§ 1652 bis 1654 an, von denen der erste die Ausschließung der Revision bei Ansprüchen auf Leistungen der Krankenversicherung, der zweite der Unfallversicherung und der dritte der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung betraf. Jeder dieser Paragraphen begann mit den Worten „bei Ansprüchen" und entsprechend § 1655 mit den Worten „bei Ersatzansprüchen". Wäre der Entwurf in dieser Fassung Gesetz geworden, so wäre es bei der völligen Gleichartigkeit des Aufbaues der aufeinanderfolgenden Paragraphen unmöglich gewesen, Ausschließungsgründe, die in einem der vier Paragraphen aufgestellt waren, auf das Anwendungsgebiet eines der anderen Paragraphen zu übertragen. Das hätte hinsichtlich des § 1655 nur geschehen können, wenn dort etwa die Fassung gewählt worden wäre: „Bei Ersatzansprüchen ist die Revision außerdem ausgeschlossen, wenn ....". Es ist nicht anzunehmen, daß durch die erst in der zweiten Kommissionslesung erfolgte Versetzung des § 1655 an seinen jetzigen Platz, die offenbar nur dem Zwecke diente, alle die „andere Spruchsachen" betreffenden Vorschriften hinter § 1771 zu sammeln, am Inhalt etwas geändert werden sollte. Kaisenberg irrt, wenn er in einem Aufsatz in der Monatsschr. f. Arb.- und Angest.-Vers. 1919 Sp. 329 ff. ausführt, § 1778 sei mit einigen anderen Vorschriften in der zweiten Lesung neu in das Gesetz aufgenommen worden. Nach dem Antrag Nr. 789, 5 sollte hinter § 1728 a (jetzt § 1776) unter anderem der dem jetzigen § 1778 entsprechende § 1728 c eingeschoben werden. Hierzu bemerkt der Kommissionsbericht (IV. Teil S. 207) ausdrücklich: „Davon entsprach der § 1728 c dem § 1655 der Vorlage". Hiermit entfällt die Schlußfolgerung Kaisenbergs, daß, wenn der Antrag nicht angenommen worden wäre, mangels einer besonderen Vorschrift für die Erstattungs- und Ersatzansprüche die allgemeinen Revisionsausschließungsgründe entsprechend gelten müßten, und daß hieran durch die spätere Einschaltung des § 1778 in der zweiten Lesung nichts geändert sei. Wenn das Bayerische Landesversicherungsamt in seiner Entscheidung vom 26. April 1920 weiter darlegt, die von ihm vertretene Auffassung werde auch durch Zweck und Sinn des Gesetzes gestützt, so vermochte der Große Senat sich auch hiervon nicht zu überzeugen. Richtig ist, daß der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Rechtsmittels der Revision und des Rekurses Ansprüche von geringerer wirtschaftlicher Bedeutung der höchsten Instanz fernhalten wollte (zu vgl. Entsch. des Großen Senats 2930, Amtl. Nachr. 1917 S. 237 ff., insbesondere S. 238 letzter Absatz), und daß nicht einzusehen ist, warum hiervon für die Erstattungs und Ersatzansprüche etwa zugunsten der Versicherungsträger, Armenverbände usw. eine Ausnahme gemacht werden sollte. Dem wird auch durch § 1778 Abs. 1 weitgehend Rechnung getragen, indem dort der Ausschluß der Revision für alle Fälle ausgesprochen ist, wo es sich um vorübergehende Leistungen handelt. Danach sind die Erstattungs- und Ersatzansprüche, soweit sie in anderen Büchern der Reichsversicherungsordnung als dem Fünften geordnet sind, im allgemeinen der Revision entzogen. Anders bei den Erstattungs- und Ersatzansprüchen des Fünften Buches. Die für sie getroffene abweichende Regelung in § 1778 Abs. 2 wird in der Begründung zu § 1655 des Entwurfs (jetzt § 1778) besonders behandelt. Es heißt dort S. 506: „Von besonderer Bedeutung sind die Ersatzansprüche, von denen das Fünfte Buch der Reichsversicherungsordnung handelt. Im Interesse einer einheitlichen Rechtsprechung auf diesem Gebiete war es geboten, in diesen Fällen die Revision zuzulassen". Der Gesetzgeber wollte also, weil er den in Rede stehenden Ansprüchen eine besondere Bedeutung beimaß, auf diesem Gebiete eine einheitliche Rechtsprechung sicherstellen. Das konnte er nur dadurch, daß er die Revision uneingeschränkt zuließ. Dem hier ausgesprochenen Zwecke entspräche es nicht, wenn auf dem Umweg der §§ 1695, 1696 wieder eine größere Anzahl von Fällen der Revision entzogen würde. Der Gesetzgeber durfte davon ausgehen, daß die Versicherungsträger usw., deren Beziehungen zueinander im Fünften Buche geregelt sind, nicht wegen geringfügiger Streitgegenstände, sondern nur dann die letzte Instanz anrufen würden, wenn es sich um die Erledigung von Fragen allgemeinerer Bedeutung handelt. Dann konnte aber anderseits in solchen Fällen die Geringfügigkeit des streitigen Anspruchs der Zulässigkeit der Revision nicht entgegenstehen. Tatsächlich ist dadurch, daß das Reichsversicherungsamt seit Jahren die Revision bei den Ersatzansprüchen des Fünften Buches ausnahmslos zugelassen hat, die Einheitlichkeit der Rechtsprechung auf diesem Gebiet erheblich gefördert worden. Das Ergebnis ist ein wesentlicher Rückgang der Revisionen wegen solcher Ansprüche. Das vom Gesetzgeber mit der Ausnahmevorschrift erstrebte Ziel ist also in der Tat bis zu einem gewissen Grade erreicht worden.

Danach ist der Große Senat unter Berücksichtigung des Wortlauts und der Entstehungsgeschichte

sowie des ausgesprochenen Zwecks der Vorschrift zu dem Ergebnis gelangt, daß § 1778 etwas „anderes“ vorschreibt im Sinne des § 1771, und daß nach § 1778 Abs. 2 die Revision bei den Erstattungs- und Ersatzansprüchen des Fünften Buches stets zulässig ist. Das kann zu der in der erwähnten Revisionsentsch. 1881 (Amtl. Nachr. 1914 S. 639, insbesondere S. 645) bekämpften Auffassung führen, daß die Revision in diesen Fällen auch zugelassen werden muß, wenn es sich nur um die Kosten des Verfahrens handelt. Ob dieser Schluß zwingend ist, oder ob dann aus anderem Grunde die Revision auszuschließen ist (zu vgl. Hanow in der Monatsschr. f. Arb.- und Angest.-Vers. 1916 Sp. 7 ff., insbesondere Sp. 13), konnte hier dahingestellt bleiben. Vorliegend ist die Revision jedenfalls zulässig.

B. Zur Krankenversicherung.

Vertretung der Kasse durch den Vorsitzenden in der inneren Verwaltung.

Entscheidung des **Bayer. Landesversicherungsamts** vom 11. Juli 1922 (Kb 3/1922).

Nach den §§ 327, 328 RVO., deren Bestimmungen aus dem Krankenversicherungsgesetz übernommen worden sind, hat der Vorstand einer Krankenkasse regelmäßig als mehrgliedriges Organ in Tätigkeit zu treten (vergl. Reger, Entsch. Bd. 27 S. 422). Soweit es sich nicht um die Vertretung der Kasse nach außen handelt, so daß ihr hierdurch die Teilnahme am Rechtsleben möglich ist, kann durch die besondere Vorschrift des § 15 Abs. 3 RVO. die Satzung mehrere Mitglieder des Vorstandes oder nur ein einziges Mitglied, vor allem den Vorsitzenden, mit der Vertretung beauftragen. Im vorliegenden Fall ist dies im § 82 der Satzung ohne Begrenzung der Befugnisse des Vorsitzenden auf Einzelfälle geschehen. Für die Regelung der Vertretung der Kassen nach innen fehlt in der RVO. eine gleiche besondere Bestimmung. Nach den erwähnten grundsätzlichen Entscheidungen Nr. 2186 und 2299 entspricht es dem Selbstverwaltungsrecht der Kassen, daß sie auch diese Vertretung im ähnlichen Sinne regeln dürfen, aber nur in den Grenzen des § 323 RVO., wonach die Satzung nichts bestimmen darf, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft oder nicht im Zweck der Kasse liegt.

Nach den Erfahrungen des Landesversicherungsamtes pflegten bisher die Kassen in den Satzungen diejenigen Fälle einzeln zu bezeichnen, in welchen das einzelne Vorstandsmitglied, z. B. der Vorsitzende, die Kasse nach innen vertreten soll. Auch die erwähnten Entscheidungen hatten die Zulässigkeit der Uebertragung solcher Einzelbefugnisse an den Vorsitzenden bejaht und dabei ausgeführt, daß z. B. § 76 der Mustersatzung für die Allgemeine Ortskrankenkasse Beispiele hierfür aufzählt und diese Fälle sich nach Bedarf beschränken oder ergänzen lassen, jedoch immer in den Grenzen des § 323 RVO. Nach den „Erläuterungen“ zu § 76 der Mustersatzung empfiehlt es sich sogar, die Befugnisse des Vorsitzenden nicht zu eng zu fassen.

Die hier strittige Satzungsänderung will nun den Vorsitzenden zur Vertretung der Kasse bei allen inneren Verwaltungsangelegenheiten ermächtigen, „soweit nicht das Gesetz oder die Satzung anders bestimmt“. Hierzu hat das Oberversicherungsamt mit Recht die Genehmigung versagt. Denn das Gesetz schreibt, wie bereits ausgeführt, vor, daß regelmäßig der Vorstand als Kollegium die Kasse zu verwalten, d. h. die Geschäfte der Kasse nach innen und außen zu führen hat. Erwägt man, daß der innere Geschäftsverkehr doch das eigentliche Leben der Kasse darstellt, den größeren und wichtigeren Teil der Geschäftslast bildet, so steht das Gesetz der regelmäßigen Uebertragung aller inneren Gesäfte an ein einzelnes Vorstandsmitglied entgegen. Aus der Vorschrift des § 5 Abs. 3 RVO. kann ebenfalls nicht die Zulässigkeit der Satzungsänderung hergeleitet werden. Gerade daraus, daß eine ähnliche Vorschrift für den inneren Geschäftsverkehr der Kasse in der RVO. nicht enthalten ist, kann man folgern, daß die RVO. eine solche allgemeine Abwälzung der inneren Geschäfte auf das einzelne Vorstandsmitglied nicht haben will.

Die beschlossene Regelung widerspricht aber auch dem Zweck der Satzung; sie entbehrt jeder Klarheit. Mit einer solchen Satzungsbestimmung weiß der Vorsitzende nicht, was er eigentlich tun darf; der Gesamtvorstand weiß nicht, was ihm selbst an Geschäften noch übrig geblieben ist; die Versicherten und Angestellten wissen nicht, an wen sie sich zu wenden haben, das Versicherungsamt hätte immer Anlaß, gemäß § 33 RVO. zu entscheiden. Ein solcher Zustand entspricht nicht dem Zweck der Satzung, die nach § 321 RVO. „bestimmen“ soll, d. h. tunlichst Klarheit zu schaffen hat und den Rechtsunkundigen und Geschäftsungewandten ein Führer im Verkehr mit der Kasse und innerhalb der Kasse sein soll. Die Frage, ob eine Befugnis des Gesamtvorstandes dem Vorsitzenden übertragen werden kann, muß vielmehr in ein Verfahren verlegt werden, das solche Fährlichkeiten ausschließt; sie muß bei der Satzungsgenehmigung vom Oberversicherungsamt geprüft und durch die Satzung in allgemein verbindlicher Weise klargestellt werden (vergl. Nr. 4 der Entsch. des RVA. Nr. 2050, Amtl. Nachr. 1915 S. 586).

Demnach war zu beschließen, wie geschehen. Der Ausschuß hat nun nach § 345 Ziff. 6 RVO. wohl

Anlaß zu einer entsprechenden Aenderung ihrer derzeitigen Satzungsbestimmungen. Denn nach diesen hat der Gesamtvorstand alle inneren Verwaltungsgeschäfte zu führen und ist der Vorstandsvorsitzende zur Erledigung einzelner derartiger Geschäfte nicht zuständig. Damit ist aber ein Zustand geschaffen, welcher der wünschenswerten raschen Erledigung einer Vielzahl von laufenden Kassengeschäften im Wege steht. Vielleicht läßt sich die nötige Klarheit dadurch erreichen, daß die Satzung die Fälle aufzählt, die dem Gesamtvorstand überlassen bleiben sollen; es muß der Kasse anheimgestellt bleiben, ob sie diesen Weg wählen will.

Ausschließung des Vorsitzenden eines Versicherungsamts, der zur gesetzlichen Vertretung einer Partei berufen ist.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Zwickau** vom 10. August 1922 (Kk. A. 5/22).

Unterm 30. Mai 1922 hat das Versicherungsamt beim Stadtrate W. eine Vorentscheidung dahin erlassen, daß der Anspruch der Stadt W. als Ortsarmenverband auf Zahlung von 1200 Mk. Sterbegeld für die am 1. März 1922 verstorbene Linda W. zurückgewiesen wurde. Gegen diese ihr unterm 3. Juni 1922 zugefertigte Entscheidung hat der Stadtrat W. am 15. Juni 1922, also rechtzeitig, Berufung eingelegt, mit der die Aufhebung der Vorentscheidung und die Verurteilung der Beklagten erstrebt. Diese hat die Verwerfung der Rechtsmittel beantragt.

Die Vorentscheidung ist vom Stadtrat Dr. B. als Vorsitzenden des Versicherungsamtes bei dem Stadtrate W., erlassen worden. Gleichzeitig liegen diesem Stadtrate jedoch auch andere Aemter der Stadt ob. So ist er insbesondere nach seiner eigenen Auslassung unterm 26. Juni 1922 berechtigt, die Stadt W. als Ortsarmenverband zu vertreten. Da dieser nun im vorliegenden Rechtsstreite als Kläger auftritt, hat die Spruchkammer in der Entscheidung Dr. B.s einen Verstoß gegen § 1641 Ziff 5 RVO. erblickt, nach welcher Bestimmung solche Personen von der Entscheidung in einer Sache ausgeschlossen sein sollen, die zugleich als gesetzliche Vertreter einer Partei aufzutreten berechtigt sein würden. Ob sie von ihrer Berechtigung zur Parteivertretung tatsächlich Gebrauch machen oder nicht, ist nach dem Gesetze unerheblich. Schon die bloße Berechtigung begründet ihren Ausschluß beim Sachentscheid. Der Hinweis des Stadtrates, daß er insbesondere in Mietsstreitsachen doch auch oft entscheide, obwohl die Stadt gleichzeitig Partei sei, konnte die Stellung der Spruchkammer nicht beeinflussen. Die Bestimmungen über die Ausschließung von Gerichtsmitgliedern gehören zum zwingenden formalen Recht und müssen schon deshalb streng ausgelegt werden, um jeden Anschein irgendeiner Parteinahme hintanzuhalten.

Die Kammer konnte daher in der Sache nicht selbst entscheiden, sondern hat sich lediglich darauf beschränkt, die durch den Gesetzesverstoß vorliegende Rechtsungültigkeit der Vorentscheidung festzustellen. Es bleibt der Klägerin überlassen, eine anderweite rechtsgültige Entscheidung herbeizuführen.

C. Zur Unfallversicherung.

Bei unfallversicherten Unternehmern beschränkt sich die Versicherung auf die eigentliche Betriebstätigkeit mit Ausschluß der in § 546 RVO. bezeichneten Dienste.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 3. 3. 1922 (I a 3391/20).

Das Reichsversicherungsamt hat in ständiger Rechtsprechung den Grundsatz festgehalten, daß sich die Grenzen der versicherten Betriebstätigkeit des Unternehmers mit denjenigen decken, die bei der Beschäftigung von Arbeitern für die versicherte Tätigkeit dieser bestehen (zu vergl. Handb. der Unfallvers. Bd. I S. 234 Anm. 5 Abs. 1 zu § 5 Gew.-Unf.-Vers.-Ges.). Demgemäß hat es, wie bei der Versicherung der Arbeiter, so auch bei der der Unternehmer zwischen dem fachlichen und dem kaufmännischen Teil des Unternehmens unterschieden und nur im ersteren den versicherten Betrieb erblickt. Wege von Baugewerbetreibenden, die nicht zu den Zwecken der Bauausführung, sondern lediglich im Interesse des noch nicht erfolgten Vertragsschlusses, also einer rein geschäftlichen Maßnahme ausgeführt werden, fallen nicht unter die Versicherung. Da die Aufgabe einer Geschäftsanzeige in einer Zeitungsexpedition nicht dem fachlichen Teile des Unternehmens zuzurechnen ist, war der Verletzte im vorliegenden Falle nicht versichert. Die Erwägung, daß der Arbeiter versichert sein würde, wenn er im Auftrage des Unternehmers eine derartige Verrichtung ausführte, und daß der Grundsatz der Gleichstellung des zwangsversicherten Unternehmers mit ihm in der Versicherung es erfordern, auch den Unternehmer bei der Verrichtung als versichert anzusehen, wäre verfehlt. Denn der Grundsatz der Gleichstellung bezieht sich nur auf die eigentliche Betriebstätigkeit und nicht auf die im § 546 RVO. der Versicherung unterstellten häuslichen und anderen Dienste. Nur aus dieser Vorschrift läßt sich die Versicherung eines Arbeiters herleiten, der neben seiner Beschäftigung im versicherten Betriebe zu anderen Diensten im unversicherten Teile des Unternehmens herangezogen wird.

Der Wortlaut des § 546 RVO. schließt die wörtliche Anwendung der Vorschrift auf die zwangsversicherten Betriebsunternehmer aus, denn sie können nicht, wie die Vorschrift voraussetzt, zu häuslichen und anderen Diensten herangezogen werden. Aus dem § 548 RVO. können auch keine Schlüsse für den Umfang der Versicherung der Unternehmer, insbesondere für die Anwendbarkeit des § 546 der Reichsversiche-

rungsordnung auf dieselben gezogen werden. Die Fassung des § 548: „die Satzung kann die Versicherungspflicht erstrecken“ im Gegensatz zum § 550: Versicherung „gegen die Folgen von Betriebsunfällen“ und § 552: Versicherung „gegen Unfälle der in den §§ 544, 546 bezeichneten Art“ erklärt sich lediglich dadurch, daß im § 548 RVO. Unternehmer, bei denen sich die Versicherung auf Betriebsunfälle beschränkt, mit Betriebsbeamten zusammengestellt sind, die gegen Unfälle der in den §§ 544, 546 bezeichneten Art versichert werden können. Diese Zusammenstellung machte den allgemeinen Ausdruck „Versicherungspflicht“ im Eingange der Vorschrift notwendig.

Hiernach rechtfertigt sich die Ablehnung des Rentenanspruchs des Klägers und demzufolge die Zurückweisung des Rekurses. („Berufsgenossenschaft.“)

Einfluß von Aenderungen gesetzlicher Vorschriften auf den Pensionsanspruch der Witwe eines Genossenschaftsangestellten.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts v. 6. Februar 1922 (3111 Amtl. Nachr. 1922 S. 344).

Nach § 14 der Dienstordnung der Berufsgenossenschaft haben Angestellte auf Lebenszeit Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge nach den für die Reichsbeamten geltenden Bestimmungen. Der Auffassung des Genossenschaftsvorstandes, daß nur bei der ersten Festsetzung der Bezüge der Hinterbliebenen von Angestellten die zu der Zeit für die Reichsbeamten geltenden Grundsätze anzuwenden, spätere Aenderungen der Grundsätze aber für die einmal festgesetzten Bezüge ohne Bedeutung seien und daher auch das Pensionsergänzungsgesetz vom 21. Dezember 1920 auf die Bezüge der Beschwerdeführerin keine Anwendung finde, ist der Senat nicht beigetreten. Aus dem Wortlaut der Bestimmung läßt sich dieser Sinn nicht folgern, er läßt auch die von der Beschwerdeführerin gewollte Auslegung zu, daß die Grundsätze auch während des späteren Verlaufs des Hinterbliebenenfürsorgeverhältnisses von maßgebendem Einfluß auf die Bemessung der Bezüge bleiben und Aenderungen, die sie zugunsten der Hinterbliebenen der Reichsbeamten erfahren, auch den Hinterbliebenen der berufsgenossenschaftlichen Angestellten zugute kommen sollen, und diese weitere Auslegung erscheint geboten, wenn man die Entstehungsgeschichte und den Zweck der Bestimmung in Betracht zieht.

Die Bestimmung ist aus § 14 Vorschlag 2 der vom Reichsversicherungsamt im Jahre 1912 aufgestellten Musterdienstordnung für die Angestellten der Berufsgenossenschaften (Amtl. Nachr. 1912 S. 1104 ff.) wörtlich übernommen. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in einer Entsch. vom 18. März 1921 (I 29 III B. S./20) ausgeführt hat, wo es sich um die Bemessung des Ruhegehalts eines Altpensionärs einer Berufsgenossenschaft nach den Vorschriften des Pensionsergänzungsgesetzes vom 21. Dezember 1920 handelte, liegt der Bestimmung der Musterdienstordnung der soziale Zweck zugrunde, die berufsgenossenschaftlichen Angestellten mit den Reichsbeamten insofern möglichst gleichzustellen, als es sich um Sicherung der wirtschaftlichen Lage der Angestellten handelt. Davon, daß diese Gleichstellung auf den Zeitpunkt der ersten Festsetzung des Ruhegehalts und der Hinterbliebenenbezüge beschränkt sein sollte, ist bei den der Musterdienstordnung zugrunde liegenden Beratungen keine Rede gewesen. Wäre es der Fall gewesen, und eine solche Beschränkung für zweckmäßig befunden worden, so wäre es ohne Zweifel auch in der Bestimmung zum Ausdruck gekommen. Man wollte also dem Gedanken eine allgemeinere Tragweite geben, und diese ging dahin, daß die Grundsätze über die Höhe des Ruhegehalts der Angestellten und der Hinterbliebenenbezüge nicht nur während eines einzelnen Zeitpunktes, des der ersten Festsetzung, sondern fortlaufend nach den Bestimmungen, die im gleichen Falle für die Reichsbeamten gelten, festgesetzt werden sollten. Uebernimmt nun eine Genossenschaft, wie im vorliegenden Falle, eine solche Bestimmung, so muß angenommen werden, daß sie sich auch den sozialen Gedanken, der ihr zugrunde liegt, zu eigen gemacht hat. Auch die Bestimmung des § 14 der Dienstordnung der Berufsgenossenschaft kann deshalb nur dahin ausgelegt werden, daß die für die Hinterbliebenen der Reichsbeamten geltenden Bestimmungen auf die der berufsgenossenschaftlichen Angestellten derart anzuwenden sind, daß Aenderungen, die zugunsten der Reichsbeamten getroffen werden, auch auf die in den Ruhestand versetzten Angestellten der Genossenschaft und die Hinterbliebenen Anwendung finden.

Die Witwen und Waisen der vor dem 1. April 1920 verstorbenen Reichsbeamten erhalten nach § 2 des Pensionsergänzungsgesetzes zu ihren Hinterbliebenengebührnissen einen Zuschuß in Höhe des Unterschiedsbetrags zwischen dem ihnen gesetzlich zustehenden und demjenigen Witwen- und Waisengelde, das sich ergeben hätte, wenn das der Bemessung der Hinterbliebenengebührnisse zugrunde liegende Ruhegehalt bereits nach Maßgabe der im § 1 des Gesetzes bezeichneten Vorschriften festgestellt worden wäre. Die Feststellung des Ruhegehalts erfolgt nach § 1 in der Weise, daß zu dem früher festgesetzten Ruhegehalt ein Zuschuß gewährt wird, der gleich ist dem Unterschiedsbetrage zwischen dem gesetzlich zustehenden und demjenigen Ruhegehalte, das sich ergeben hätte, wenn der Beamte bei seinem Ausscheiden aus der zuletzt von ihm bekleideten Stelle nach den am 1. April 1920 geltenden oder mit Wirkung von diesem Zeitpunkt in Kraft tretenden Vorschriften besoldet gewesen und in den Ruhestand ver-

setzt worden wäre. Diese Vorschriften sind auf die Hinterbliebenenbezüge der Beschwerdeführerin entsprechend anzuwenden und die Bezüge demgemäß vom 1. April 1920 an zu erhöhen.

Anmerkung: Es ist zu bemerken, daß das Reichsversicherungsamt hiermit stillschweigend die besonderen Verfahrensvorschriften des § 705 RVO. auch für anwendbar erachtet hat, wenn der streitige vermögensrechtliche Anspruch von einem Hinterbliebenen des Angestellten erhoben wird. Das wird entsprechend auch für § 358 RVO., betreffend Streit aus dem Dienstverhältnisse der Krankenkassenangestellten gelten müssen. Zu vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 1 b zu § 358.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Ergänzung und Erläuterung des Abkommens zwischen Krankenkassen und Aerzten.

Auf Grund erneuter Verhandlungen zwischen Vertretern der beiderseitigen Verbände vom 19. 10. 22 ist in Ergänzung des Abkommens vom 22. und 23. 3. 22 (Arb.-Vers. S. 186, 187) folgendes vereinbart worden:

I. Ergänzung:

Die Zahlung der kassenärztlichen Vergütungen erfolgt vom 1. 10. 22 ab monatlich als Abschlagszahlung unter Zurechnung des auf den vergangenen Monat entfallenden Zuschlages entsprechend der relativen Steigerung der Reichsteuerungsziffer gegenüber dem Vormonat. Die Ausführungsbestimmungen sind örtlich zu vereinbaren. Etwaige Unterschiedsbeträge sind nach Schluß des Kalendervierteljahres zu verrechnen.

II. Erläuterung der Ergänzungsbestimmungen betr. Gebührenberechnung für das 2. und 3. Vierteljahr:

A. Allgemeines.

1. Notwendigkeit der Begrenzung. — Die vereinbarte Begrenzung ist zum Schutze der Kassen notwendig. Die Kassen können bei der Freiheit der Aerzte, das Maß und die Art ihrer Leistungen in jedem Krankheitsfalle zu bestimmen, auf eine Begrenzung nicht verzichten. Ebenso können die Aerzte nicht dulden, daß durch eine gewisse Betriebsamkeit oder Vielgeschäftigkeit einzelner Aerzte die Kassen zu sehr belastet werden. Ein solcher Mißbrauch müßte die Kassen veranlassen, auf einer anderen Art der Bezahlung zu bestehen.

Bestimmungen über die Begrenzung der Ausgaben für die ärztliche Behandlung müssen in alle Verträge aufgenommen werden, die Bezahlung der einzelnen Leistungen vorsehen.

Oertlich können abweichende Vereinbarungen getroffen werden.

2. Zusammenstellung der Rechnungsbeträge. — Erfolgt die Abrechnung oder Bezahlung der Aerzte durch einen Kassenverband, eine Kassenvereinigung oder eine Aerztevereinigung, so sind die Rechnungsbeträge sämtlicher bei den beteiligten Kassen tätigen Aerzte zusammenzuzählen.

Erfolgt die Abrechnung oder Bezahlung durch die einzelne Kasse an den einzelnen Arzt unmittelbar, so ist für die Begrenzung der Rechnung des einzelnen Arztes ohne Rücksicht auf die Tätigkeit der übrigen Kassenärzte maßgebend. Die Begrenzung der Beratungen und Besuche soll nur bei solchen Aerzten Anwendung finden, die in der Regel im Vierteljahr mehr als 50 Kranke bei der Kasse behandeln.

3. Familienangehörige. — Die zentralen Vereinbarungen über die Begrenzung gelten auch für die Behandlung der Familienangehörigen.

4. Ueberschießende Beträge. — Bei Ueberschreitung der im Vertrag vorgesehenen Grenze werden die überschießenden Beträge von der Kasse nicht bezahlt. Die Kasse soll sich mit den Kassenärzten über die Vornahme der Abstriche verständigen. Im Streitfalle entscheidet das im Kassenarztvertrage vorgesehene Schiedsgericht endgültig.

B. Begrenzung der Beratungen und Besuche.

5. Begrenzungszahl. — In der Regel soll im Kalendervierteljahr die Zahl von zusammen 3,5 Beratungen und Besuchen auf den einzelnen Krankheitsfall im Gesamtdurchschnitt nicht überschritten werden. Ausnahmen vgl. Ziff. 2 Abs. 2. Wo nach den besonderen Verhältnissen die Durchschnittszahl geringer oder höher ist, kann auf Antrag der an einer anderen Begrenzungsziffer interessierten Partei eine geringere oder höhere Begrenzungszahl vereinbart werden. Dabei hat die beantragende Partei den entsprechenden Nachweis zu führen. Im Streitfalle entscheidet das im Vertrage vorgesehene Schiedsgericht endgültig.

Ob und inwieweit auch eine Begrenzung der von den Aerzten in den Krankenhäusern ausgeführten Beratungen und Besuche vorgenommen werden soll, bleibt örtlicher Vereinbarung überlassen.

6. Begriff des Krankheitsfalles. — Jedes innerhalb eines Kalendervierteljahrs von einem Arzt behandelte Kassenmitglied ist als ein Krankheitsfall im Sinne der Tarifvereinbarungen zu betrachten. Dies gilt auch dann, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere entwickelt, oder wenn während der Behandlung eine weitere Krankheit hinzutritt, oder wenn der Erkrankte innerhalb des gleichen Kalendervierteljahres eine Zeitlang keiner ärztlichen Behandlung bedarf und später wieder an derselben oder an einer anderen Krankheit von demselben Arzt behandelt wird. Jeder Krankheitsfall, der aus einem Vierteljahr in ein anderes übergeht, wird in dem neuen Vierteljahr als neuer Fall gezählt, wobei aber wiederum die oben gemachte Einschränkung gilt.

7. Durchführung der Kürzung der Grundleistungen gemäß Ziff. 2 Abs. 1. — Zur Durchführung der Begrenzung ist zunächst festzustellen, welcher Durchschnittsbetrag nach den jeweils vereinbarten Vergütungen für Beratungen und Besuche für den einzelnen Krankheitsfall höchstens zu zahlen ist. Dabei ist das Verhältnis der Beratungen zu den Besuchen nach dem sich jeweils aus den Vierteljahrsrechnungen ergebenden Durchschnitt anzunehmen. Ist das Verhältnis z. B. 800 : 200, so sind für 800 Beratungen je 10 Mk. = 8000 Mk. und für 200 Besuche je 20 Mk. = 4000 Mk., zusammen also für 1000 Beratungen und Besuche 12 000 Mk. zu zahlen. Das ergibt für eine Grundleistung im Durchschnitt 12 Mk. Bei einer Begrenzung auf 3,5 Grundleistungen sind daher für den Krankheitsfall höchstens 42 Mk. im Gesamtdurchschnitt für Beratungen und Besuche zu zahlen.

Ergibt sich aus dem jeweiligen Vierteljahresdurchschnitt eine niedrigere Durchschnittsziffer als 3,5, so ist jeweils diese niedrigere Zahl mit dem Durchschnittsbetrag einer Grundleistung zu vervielfältigen, um den auf den Krankheitsfall zu zahlenden Betrag zu ermitteln. Im Streitfalle entscheidet das im Vertrag vorgesehene Schiedsgericht.

C. Begrenzung der Sonderleistungen.

8. Hundertsatz. — Von der vierteljährlichen Gesamtvergütung soll in der Regel auf die Sonderleistungen nicht mehr als 40 v. H. entfallen. Die Vereinbarung eines anderen Hundertsatzes ist im Einvernehmen beider Parteien zulässig. Insbesondere kann dort, wo sich durch die fachärztliche Behandlung die Begrenzungsziffer als zu niedrig erweist, eine höhere vereinbart werden.

Wo bisher Kontroll- und Begrenzungsbestimmungen anderer Art vereinbart waren, können sie bestehen bleiben.

9. Begriff Gesamthonorar. — Unter Gesamtvergütung sind die Rechnungsbeträge für Beratungen, Besuche und Sonderleistungen zusammen zu verstehen. Zur Gesamtvergütung gehören nicht die Ausgaben der Zahnärzte, Dentisten und für Hilfeleistungen anderer Personen im Sinne des § 122 RVO. Ebenso nicht die Wegegebühren (Entschädigungen für Zeitaufwand und Fuhrkosten) und Sachleistungen.

10. Begriff der Sachleistungen. — Als Sachleistungen gelten Röntgenuntersuchungen und -Behandlung, Licht-, Wärme- und Strahlenbehandlung, orthopädische, mediko-mechanische, elektro-physikalische, Bäder- und Inhalationsbehandlung und Massage gemäß Ziff. 21c und d, 23, 24, 133 der preußischen Gebührenordnung vom 15. 3. 22. Alle übrigen Verrichtungen gelten als Sonderleistung.

Höchstbeträge für kleinere und Zuschüsse für größere Heilmittel sowie für Hilfsmittel (§ 193 Abs. 1, § 187 Ziff. 3.

Vom Oberversicherungsamt Berlin ist uns folgende Mitteilung zugegangen:

„Das Oberversicherungsamt Berlin hat nach Uebereinkunft mit Vertretern von Krankenkassen sich dahin schlüssig gemacht, daß die Höchstbeträge für kleinere sowie die Zuschüsse für größere Heilmittel und für Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung in den Satzungen der Krankenkassen nicht mehr in bestimmten Summen angegeben, sondern, um häufige Satzungsänderungen zu vermeiden, nach der Höhe des jeweiligen Höchstsatzes des Grundlohns der in Frage kommenden Kasse bestimmt werden soll. Demgemäß werden Satzungsbestimmungen auf Festsetzung des Höchstbetrages für kleinere und des Zuschusses für größere Heilmittel in Höhe bis zum Zweifachen des Höchstbetrages für Hilfsmittel gegen Verunstaltung bis zum dreifachen Betrage des jeweils höchsten für die Kasse geltenden Grundlohns genehmigt. Eine Aenderung des höchsten Grundlohns der Kasse hat die Aenderung der Beiträge ohne Satzungsänderung zur Folge."

Hierzu ist zu bemerken, daß die sehr zweckmäßige Entschließung des Oberversicherungsamts nur als allgemeine Richtlinie für die Krankenkassen bei Abfassung entsprechender Satzungsbestimmungen aufgefaßt werden darf. Die für die Festsetzung der Höchstbeträge bei kleineren und der Zuschüsse für größere Heilmittel nach § 193 Abs. 1 RVO. erforderliche Zustimmung des OVA. im Einzelfalle wird dadurch nicht entbehrlich. Denn diese „Zustimmung" erfordert Prüfung der Angemessenheit und Zweckmäßigkeit im Hinblick auf die besonderen Verhältnisse der einzelnen Kasse (Komm.-Ber. II S. 108 zu § 227 des Entw. der RVO.; Entsch. des RVA. 2050 Amtl. Nachr. 1915 S. 585), und das Mehrfache des höchsten Grundlohns, das bei der einen Kasse angemessen sein wird, kann bei einer anderen recht unangebracht sein. Anders verhält es sich mit dem Zuschuß zu Hilfsmitteln im Sinne des § 187 Ziff. 3 RVO. Diese Vorschrift ermöglicht die Satzung, jene Hilfsmittel „zuzubilligen". Eine solche Vorschrift bedarf nicht der „Zustimmung" des OVA., sondern nur seiner Genehmigung, und diese kann nicht aus Erwägungen der Angemessenheit und Zweckmäßigkeit, sondern nur dann versagt werden, wenn die Bestimmung mit dem Gesetz unvereinbar wäre (§ 324 Abs. 2 RVO.). Von einer Kostenbegrenzung oder von einem „Zuschuß" zu solchen Hilfsmitteln ist zwar im Gesetz nicht die Rede. Wenn aber die Kasse die vollen Kosten des Hilfsmittels übernehmen darf, ist sie zweifellos, wie bei anderen Mehrleistungen, auch berechtigt, nur einen Zuschuß bis zu einem bestimmten Höchstbetrage zuzubilligen (zu vgl. auch Kleeis in „Ortskrankenkasse" 1922 Sp. 748, 749). Eine so beschränkte Zubilligung der Mehrleistung bedarf dann ebenfalls nicht der Zustimmung, sondern nur der Genehmigung des OVA.

Zur Anlegung des Vermögens der Versicherungsträger

teilen wir, in Ergänzung unserer Mitteilungen im Heft 18 S. 283, noch folgendes aus der „Berufsgenossenschaft" v. 31. 8. 22 mit:

Eine Berufsgenossenschaft hatte beim RVA. beantragt, ihr zu gestatten, „drei Viertel ihres gesamten Kapitalvermögens in hypothekarisch eingetragenen Industrieobligationen anzulegen" gegen Verkauf der im Besitz befindlichen übrigen Papiere. Auf ein Ersuchen des RVA. um Stellungnahme hatte der Verband ausgeführt, daß, soweit es sich um nicht mündelsichere Papiere handele, das RVA. zwar nicht die Anlegung zu drei Vierteln, sondern höchstens zu der Hälfte des Vermögens gestatten könne, wobei für den ein Viertel übersteigenden Teil des Vermögens außerdem noch die Genehmigung des Reichsrats erforderlich sei, aber befürwortet, doch eine möglichst weitgehende Befreiung von den Vorschriften über die „mündelsichere Anlegung" (§ 717 ff.) zu gewähren, die Art der Anlegung im einzelnen aber im weitesten Umfang dem pflichtmäßigen Ermessen der Vorstände zu überlassen. Der Verband hat dabei folgendes ausgeführt:

„. . . . Darüber, daß die allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Rechts über mündelsichere Anlagen durch die Entwicklung der Verhältnisse überholt sind und sich als eine Gefahr für das Mündelwesen erwiesen haben, herrscht jetzt wohl eine ziemlich einheitliche Ansicht in den Kreisen aller Beteiligten. Im Reichsjustizministerium wird auch bereits eine Aenderung der einschlägigen Bestimmungen erwogen, und wir bitten das Reichsversicherungsamt, sich ebenfalls für eine entsprechende Aenderung einzusetzen. Bis diese Aenderung aber eingetreten ist, halten wir es für geboten, daß das Reichsversicherungsamt von seiner Befugnis gemäß § 718 RVO., Befreiung von der vorgeschriebenen Mündelsicherheit zu gewähren, umfassendsten Gebrauch macht. Im allgemeinen kann wohl davon ausgegangen werden, daß unter den sich aus dem Friedensvertrag ergebenden Verhältnissen Industrieobligationen der in der Eingabe der Seiden-Berufsgenossenschaft genannten Art, namentlich, wenn sie hypothekarisch gesichert sind, immer noch größere Sicherheit als öffentliche Anlagen bieten. Sich aber einseitig auf solche Obligationen zu beschränken, scheint scheint uns im allgemeinen nicht richtig, ein Bestand von Anlagen verschiedener Art vielmehr vorsichtiger.

Dabei ist zu beachten, daß Hypotheken und Hypothekenpfandbriefe schon jetzt zu den mündelsicheren Papieren gehören können, und daß auch Anleihen gemeinwirtschaftlicher Verbände, die vom Staat garantiert sind, wie z. B. die bayerischen Wasserkraftwerke, dazu gehören und daß auch Darlehen an öffentliche Verbände zum Zweck des Wohnungsbaues in Betracht kommen (vgl. „Berufsgenossenschaft" 1921 S. 137). Bei Hypotheken und Darlehen kommt dabei noch in Betracht, daß die Berufsgenossenschaften für diese Anlagen von der Kapitalertragsteuer befreit sind. . . ."

Das RVA. hat dagegen durch Bescheid vom 4. August 1922 — I R 309 — der Berufsgenossenschaft einen ablehnenden Bescheid erteilt, den wir nachstehend zum Abdruck bringen:

„Die Beschaffung von hypothekarisch eingetragenen Obligationen industrieller Gesellschaften für die Berufsgenossenschaft würde eine nicht mündelsichere Vermögensanlage darstellen, weil nicht festzustellen ist, ob die Eintragung innerhalb der mündelsicheren Beleihungsgrenze stattgefunden hat. Jedenfalls sind derartige Wertpapiere nach den Ausführungsgesetzen der Länder zu mündelsicheren Anlagen nicht zugelassen worden. Wenn auch nach den §§ 718, 719 der Reichsversicherungsordnung nicht mündelsichere Anlagen in Wertpapieren bis zu einem Viertel des Vermögens mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts und darüber hinaus bis zur Hälfte mit weiterer Genehmigung des Bundesrats (Reichsrats) ausnahmsweise gestattet worden sind, so muß das Reichsversicherungsamt doch davon absehen, unter den zurzeit vorliegenden politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Genehmigung innerhalb dieser Grenzen zu erteilen oder zu befürworten. Abgesehen davon, daß Rücklage und Betriebsstock durch den Verkauf der preußischen Konsols und der deutschen Reichsanleihen erhebliche Kursverluste erleiden und die Zinsen in Zukunft dadurch geschmälert würden, daß die Kapitalerträge aus den Obligationen nicht mehr das Vorrecht der Befreiung von der Kapitalertragsteuer nach § 3 des Kapitalertragsteuergesetzes vom 29. März 1920 genießen würden, ist es zweifelhaft, ob der Erwerb von Industrieobligationen größere Sicherheit bietet. Denn auch ihr Kursstand hängt von den Verhältnissen ab, deren Entwicklung sich nicht voraussehen läßt. Die hypothekarische Eintragung solcher Obligationen kann als eine besondere Sicherheit nicht angesehen werden, weil sie auf Fabrikgebäuden und Industriegelände ruht, die, auch wenn die Wertschätzungen völlig zuverlässig sein sollten, bei ungünstiger Marktlage gleichfalls an Wert verlieren würden. Die maßgebenden Stellen der Reichsregierung, insbesondere der Reichsfinanzminister und das Reichsbankdirektorium weist darauf hin, daß, wenn auch der Kursstand der Reichs- und Staatspapiere durch die politischen Verhältnisse nachteilig beeinflußt worden sei, ihr innerer Wert dem der Industrieobligationen durchaus gleichkomme, da letztere, auch wenn sie hypothekarisch gesichert, auch nur Geldforderungen seien und, wie alle Geldforderungen, die Geldentwertung mitmachten . . . ."

Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft.

Die Lagerei-Berufsgenossenschaft, der gesetzliche Träger der Reichsunfallversicherung für den gesamten deutschen Großhandel mit Einschluß des Speditions- und Lagergewerbes, hat mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts den Namen Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft angenommen.

Beantwortung von Anfragen.

Den Beziehern der „Arbeiter-Versorgung" erteilen wir Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet gegen eine der fortschreitenden Geldentwertung angemessene und von Fall zu Fall festzusetzende Vergütung bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung dazu oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Die Veröffentlichung an dieser Stelle behalten wir uns vor.

Kein Anspruch aus § 213 RVO., wenn der Versicherungsfall vor Ablauf der drei Monate eingetreten ist.

1. **Nach D. Frage:** Ein Arbeiter meldet seine Tochter als am 1. Dezember 1921 in den Dienst getreten, als versicherungspflichtiges Mitglied bei der Landkrankenkasse des Bezirks an, und die Beiträge werden am 28. Dezember 1921, 1. Februar, 12. März und 1. Mai 1922 entrichtet. Am 1. Mai stellt die Angemeldete einen Antrag auf Gewährung von Wochenhilfe für die am 13. Februar 1922 erfolgte Entbindung. Die Kasse stellte nun fest, daß weder eine versicherungspflichtige noch eine versicherungsberechtigte Beschäftigung stattgefunden hatte. Hat die Versicherte ein Recht auf Anspruch der Wochenhilfe auf Grund des § 213 RVO.? Vorsätzlich unrichtige Anmeldung wird man bei dem Vater der Versicherten nicht annehmen können, da er Arbeiter ist und außerdem eine kleine Wirtschaft besitzt. Der Streitpunkt ist nun, ob am Tage der Niederkunft (Versicherungsfall) 3 Monate vergangen sein müssen oder ob die Kasse verpflichtet ist, die Wochenhilfe zu zahlen, weil sie am Tage der Antragsstellung die Beiträge über 3 Monate angenommen hat.

A n t w o r t : Ihre Frage ist zu verneinen. Ein Anspruch aus § 213 RVO. kann erst dann entstehen, wenn die Kasse die Beiträge drei Monate ununterbrochen angenommen hat. Für den Anspruch auf Wochenhilfe bildet die Entbindung den Entstehungsgrund; d i e s e muß also in die Zeit nach den drei Monaten fallen. Daß zur Zeit der A n t r a g s t e l l u n g Beiträge bereits für mehr als drei Monate angenommen waren, ist unerheblich, wenn nicht jene Voraussetzung erfüllt war.

Bestrafung wegen Uebertretung der Krankenordnung ohne möglichen Anspruch auf Krankengeld?

2. **Nach K.** A n t w o r t : Die Strafe aus § 529 RVO. ist nach dem Krankengeld zu bemessen, das dem Kranken im Falle der Arbeitsunfähigkeit zustehen würde. Kommt es für ihn nicht in Frage, so scheint allerdings die Grundlage für die Bemessung der Strafe zu fehlen. Darum ist die Meinung vertreten worden, daß § 529 RVO. nicht angewendet werden könne, wenn dem Versicherten nach Gesetz oder Satzung, also auch nach § 215 Abs. 2 Krankengeld nicht zusteht. (H a h n , Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1b zu § 347, und wir sind dem beigetreten in ArbVers. 1916 S. 814 Ziff. 5.)

Nach erneuter Prüfung der Frage neigen wir nun doch zu einer anderen Beurteilung, die dem praktischen Zwecke der §§ 347, 529 RVO. Rechnung trägt und sich wohl auch mit dem Wortlaut des Gesetzes vereinigen läßt. Denn die Bezugnahme auf das Krankengeld im

§ 529 bezweckt doch nur eine Norm für die Bemessung der Strafe aufzustellen, und als solche Norm kann der halbe Grundlohn, also der regelmäßige Betrag des Krankengeldes auch in denjenigen Fällen gelten, in denen der Versicherte vom Bezug eines Krankengeldes ausgeschlossen ist (zu vgl. Hoffmann in „Ortskrankenkasse“ 1917 Sp. 284). Danach empfehlen wir zu verfahren.

Aerztliche Behandlung bei der Fehlgeburt der Ehefrau eines Versicherten neben der baren Beihilfe von 50 Mk. wegen Schwangerschaftsbeschwerden.

3. Nach Lohr a. M. Frage: Die Ehefrau eines Kassenmitgliedes hat am 26. August d. Js. eine Fehlgeburt erlitten. Dadurch ist ihr ein hoher Betrag an Kosten entstanden. Da nach § 205a der RVO. die in § 195a der RVO. bezeichneten Leistungen zu gewähren sind, ist in Ziffer 2 des letzterwähnten § zweiter Satz nun festgelegt, daß, wenn eine Entbindung nicht stattfindet, als Beitrag zu den Kosten der Schwangerschaftsbeschwerden 50 Mk. zu zahlen sind. Da die Fehlgeburt keine Entbindung ist, so möchte man glauben, daß nur ein Betrag von 50 Mk. zu bezahlen sei und die Ziffer 1 dadurch auszuschalten wäre. Die Frau hat den Arzt nicht wegen Schwangerschaftsbeschwerden, sondern bei der Fehlgeburt am 26. August 1922 benötigt. Wir ersuchen deshalb um Mitteilung, ob außer einem Zuschuß von 50 Mk. auch noch freie ärztliche Behandlung zu gewähren ist.

Antwort: Die Auffassung, von der Sie ausgehen, ist an sich richtig. Aber neben dem als Pflichtleistung wegen der Schwangerschaftsbeschwerden zu zahlenden Barbetrage von 50 Mk. kann eine Leistung der Kasse wegen der notwendig gewordenen ärztlichen Behandlung der Ehefrau des Versicherten, als eines Aktes der Krankenpflege, nur in Frage kommen, wenn ein Anspruch auf diese Mehrleistung (Familienkrankenhilfe) durch die Satzung auf Grund des § 205b Ziff. 1 RVO. vorgesehen ist.

Anspruch auf anteilige Erstattung der Kosten für Hauspflege nach §§ 196, 197 RVO.

4. Nach Altenessen. Antwort: a) Zu den der leistungspflichtigen Kasse nach § 197 RVO. zu erstattenden Aufwendungen gehören nach Abs. 1 dieser Vorschrift auch die Leistungen aus § 196 RVO., also auch die daselbst unter Ziff. 2 erwähnte „Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen“. Damit hat der Gesetzgeber sicher nicht sagen wollen, daß die Kasse, wenn sie von der Ermächtigung, diese Leistung zu gewähren, Gebrauch macht, die Pflegerin selbst stellen müsse. Sie kann die Beschaffung einer geeigneten Pflegerin auch der Wöchnerin überlassen und die entstehenden Kosten in den Grenzen des Angemessenen erstatten. Ebenso unterliegt es keinem Bedenken, daß die Satzung für diesen Fall maßgebende Bestimmungen über Voraussetzung und Höhe des Ersatzes aufstellt. Das ist aus der Natur dieser „Kannleistung“ zu folgern.

b) Die Leistungen aus § 196 sind nicht „durch die Satzung bestimmte Mehrleistungen“ im Sinne des § 179 Abs. 3 RVO., sondern diese Leistungen sind (auch ohne Erwähnung in der Satzung) ganz dem pflichtmäßigen Ermessen der Kasse unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des einzelnen Falles anheimgegeben. Anderseits handelt es sich auch nicht um „Regelleistungen“ im Sinne des § 179 Abs. 1, weil sie nicht im Gesetze „vorgeschrieben“ sind. Deshalb kann für die Frage, ob auch eine knappschaftliche Krankenkasse nach § 197 den Aufwand für die Leistungen aus § 196 anteilig zu erstatten hat, aus dem § 495, wonach diese Kassen ihren Mitgliedern mindestens die Regelleistungen zubilligen müssen, nichts entnommen werden. Die Antwort auf die Frage ergibt sich aber unmittelbar aus § 197. Dagegen, daß die Leistungen aus § 196 von der leistungspflichtigen Kasse in die Erstattungsberechnung eingestellt werden, kann die knappschaftliche Krankenkasse im Hinblick auf Abs. 1 des § 197 keinesfalls einen Einwand erheben; aber der so berechnete Erstattungsanspruch ist nach Abs. 2 nur bis zur Höhe des „Anspruchs“ begründet, welcher der Wöchnerin gegen die knappschaftliche Krankenkasse zugestanden hätte, wenn diese leistungspflichtig gewesen wäre. Und bei dieser Gegenrechnung darf nicht nur die knappschaftliche, sondern auch jede andere Krankenkasse geltend machen, daß der Wöchnerin ein „Anspruch“ auf die Leistung aus § 196 nicht zugestanden habe.

c) Nach der Fassung des § 196 ist das Wort „kann“ im Falle der Ziff. 2 nicht nur auf die Gewährung der Hauspflege zu beziehen, sondern auch auf die Ermächtigung der Kasse, für diese Leistung bis zur Hälfte des Wochengeldes abzuziehen. Ob die Kasse hiervon Gebrauch machen oder die Leistung ungekürzt gewähren will, ist wiederum nur Sache freien pflichtmäßigen Ermessens. Hat die Kasse die Leistung ungekürzt gewährt, so stellt sich hiernach die Antwort auf die Frage, wie in diesem Falle der Erstattungsanteil nach § 197 zu berechnen sei, genau wie vorstehend unter b.

Wochengeld für Wochen vor der Niederkunft.

5. Nach Johannisthal. Antwort: Wenn Sie schreiben, Sie hätten „bisher die ersten vier Wochen Wochengeld in die Zeit vor der Entbindung gelegt und die fünfte Woche mit dem Tage der Entbindung beginnen lassen“, so scheinen Sie davon auszugehen, daß die Kasse grundsätzlich vier Wochen des Wochengeldbezugs auf die Zeit vor der Entbindung verrechnen dürfe. Das trifft aber in dieser Allgemeinheit nur dann zu, wenn die Satzung eine solche Verteilung des Wochengeldes vorsieht. Fehlt es hieran, so hat die Kasse im Einzelfall darüber zu befinden, ob sie das Wochengeld bis zu vier Wochen schon vor der Entbindung gewähren oder nachträglich auf die Zeit vor der Entbindung verrechnen will; nur bedarf es dazu eines Antrags der Wöchnerin (§ 1545 RVO.) oder wenigstens ihres Einverständnisses, da ihr die Kassenleistungen nicht aufgedrungen werden können. Das ist der Sinn unserer Auskünfte im Jahrg. 1921 S. 639 Ziff. 12 und 1922 S. 432 Ziff. 1, an denen wir festhalten. Die Wöchnerin kann ein begründetes Interesse, sich gegen die Anrechnung von Wochen auf die Zeit vor ihrer Niederkunft zu verwahren, namentlich dann haben, wenn sie in dieser Zeit krank und arbeitsunfähig ist. Sie würde in diesem Falle zwar neben dem vorausgezahlten oder auf die Zeit vor der Niederkunft verrechneten Wochengelde zwar noch Krankengeld beanspruchen könnnen (§ 195a Abs. 2 RVO.); aber dieser Vorteil kann, wenn sie im Zeitpunkt der Niederkunft oder bald nachher nicht mehr krank ist, überwogen werden durch den Nachteil, daß sie infolge der teilweisen Verrechnung des Wochengeldes auf die Vergangenheit nun nicht mehr Anspruch auf Wochengeld für volle zehn Wochen hat.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung“ in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; G. h. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1371 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 21. November 1922 | Heft 33

Die Krankenkassen im Rahmen der Wohlfahrtspflege.

Von Bürgermeister Friedr. Kleeis in Aschersleben.

Zu den neueren Einrichtungen des öffentlichen Lebens gehört die Wohlfahrtspflege. Noch vor etwa einem Dutzend Jahre unter dieser Bezeichnung fast unbekannt, ist sie heute in aller Mund. Was ist sie? Kurz gesagt: die neueste Form der Fürsorge für Bedürftige. Bei der Uebereinstimmung der Aufgabe mit der — freilich auf ein engeres Gebiet beschränkten — Aufgabe unserer sozialen Versicherung ist es notwendig, daß die Träger dieser Versicherung ihre Stellung zu der Wohlfahrtspflege festlegen.

Hilfsbedürftige, die aus bestimmten Ursachen nicht in der Lage sind, aus eigenen Kräften für sich zu sorgen, hat es zu allen Zeiten gegeben. Solche Gründe sind z. B. Krankheit, Erwerbslosigkeit, große Kinderzahl usw. Die Formen der Fürsorge für solche Notfälle sind je nach dem Kulturstand und den Gesellschaftseinrichtungen der einzelnen Zeiten und Völker verschieden gewesen.

Bis gegen die Mitte des vorigen Jahrhunderts war Hilfsbedürftigkeit eine Einzelerscheinung und fast ausschließlich auf persönliche Gründe zurückzuführen. Seitdem aber im kapitalistischen Zeitalter die großbetriebliche Gütererzeugung eingeführt und der gewerbliche Mittelstand zu einem guten Teile aufgerieben worden ist, hat sich das Bild geändert. Die Besitzlosigkeit wurde zur Massenerscheinung, damit auch die Hilfsbedürftigkeit im Falle der Arbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit usw. Die Armenpflege erwies sich als vollkommen unzulänglich. Notbehelfe wie das Hilfskassenwesen, die verschiedentliche gesetzliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur Fürsorge usw. genügten ebenfalls nicht. Die erstarkende Arbeiterbewegung forderte weitergehende staatliche Maßnahmen.

So entstand die Sozialpolitik, namentlich vom Jahre 1883 an die Sozialversicherung und von 1890 an die Arbeiterschutzgesetzgebung. Die Sozialpolitik will mit allgemein gesetzgeberischen Maßnahmen die Förderung des Wohles der Besitzlosen und Minderbemittelten in wirtschaftlicher, gesundheitlicher und erzieherischer Hinsicht. Neben diesen allgemeinen Maßnahmen blieb die Armenpflege für einzelne besondere Fälle von Hilfsbedürftigkeit bestehen. Sie mußte erhalten werden, weil die Sozialpolitik lückenhaft ist und viele Notfälle nicht erfaßt. Die Versicherungspflicht beschränkt sich nur auf bestimmte Personenkreise; manche Vorgänge, wie Erwerbslosigkeit und große Kinderzahl, sind in die Versicherung noch nicht eingeschlossen, und die Fürsorge für sie, namentlich die Barleistungen, sind viel zu niedrig. Man gestaltete, den Bedürfnissen und der Anschauung der Zeit entsprechend, die Armenpflege über das Pflichtmaß aus und nennt das „Wohlfahrtspflege". Das ist ein Ausdruck und Niederschlag des noch mehr erwachten sozialen Sinns und Gewissens. Die Hilfe, welche die Wohlfahrtspflege gewährt, erfolgt nicht schablonenhaft, sondern nach Maßgabe des einzelnen Bedürftigkeitsfalles.

Die Wohlfahrtspflege wird vom Reich, vom Land, ganz besonders aber von den Ge-

meinden betrieben. Aus eigenem Antrieb haben diese vielfach großzügige Einrichtungen geschaffen. Der Grund liegt darin, daß sie die gesetzlichen Träger der Armenpflege sind und mit der Familie die engste Verbindung haben. Aus der Natur der Wohlfahrtspflege ergibt sich auch, daß sie enge Berührungspunkte mit den sozialpolitischen Einrichtungen, namentlich den Krankenkassen hat. Ihre Ziele sind gleich, und da sie sich gegenseitig ergänzen, verwischen sich oft die Grenzen ihrer Wirksamkeit.

Unsere gesamten Fürsorgemaßnahmen, als Ganzes betrachtet, sind noch sehr unzulänglich, namentlich sehr unübersichtlich und zersplittert. Die soziale Versicherung wird nach einem Wust von Vorschriften gehandhabt, in die sich der einfache Mann nicht entfernt hineinfinden kann. Ebenso ist ihre Organisation sehr verwickelt. Noch mehr bildet die Wohlfahrtspflege ein buntscheckiges Bild. Wenn man von der Armenpflege absieht, hat sie überhaupt noch keine reichsgesetzliche, größtenteils auch noch keine landesgesetzliche Regelung gefunden. Das Endziel der Reform muß eine einheitliche Staatsfürsorge sein, die aus Mitteln der Allgemeinheit in möglichst zusammengefaßten Fürsorgestellen allen Bedürftigen die nötige Hilfe gewährt. Die soziale Versicherung war zu der Zeit, als man sie einführte, ein großer Fortschritt, aber sie bedarf auch der Fortbildung. Sie wird im Laufe der Zeit abgelöst werden durch allgemeinere Einrichtungen, bei denen nicht erst die Anwartschaft zu erwerben ist durch gewissenhaftes Kleben von Beitragsmarken in Quittungskarten und der Anspruch verfällt, wenn irgendwelche Melde- und Zahlungspflicht um eine Stunde versäumt ist. Der Gedanke der Staatsfürsorge hat in anderen Ländern, z. B. in Australien, schon stärkere Wurzeln geschlagen. Im Deutschen Reich sind wenigstens schüchterne Anfänge vorhanden in der Mutterschaftsfürsorge für Minderbemittelte, in der Erwerbslosenfürsorge, von der weite Kreise nicht wünschen, daß sie in eine Arbeitslosenversicherung umgewandelt wird, und in den Notstandsmaßnahmen für Sozialrentner und Kleinkapitalisten. In der Form dieser Notstandsmaßnahmen für Empfänger von Renten aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung ist seit ihrer Einführung schon mehr aus öffentlichen Mitteln gezahlt worden als von den zuständigen Versicherungsträgern selbst. Der Reichstag hat einen sozialdemokratischen Antrag auf Erweiterung dieser Notstandsmaßnahmen, namentlich auf die halbe Million Rentenloser, angenommen.

Vorläufig sind unter allen Umständen alle Fürsorgemaßnahmen zu vereinheitlichen und in eine engere Verbindung zu bringen. Zunächst ist ein Reichswohlfahrtsgesetz zu erlassen, welches das Unterstützungswohnsitzgesetz aufhebt und in sich aufnimmt und die obligatorische Einführung von Wohlfahrtsämtern für alle Stadt- und Landkreise vorsieht. Dies Gesetz hat auch die Beziehungen zu den Trägern der sozialen Versicherung zu regeln. Schon jetzt sind bezirkliche und örtliche Arbeitsgemeinschaften der Träger der sozialen Versicherung und der Wohlfahrtspflege zu bilden. Nach dem Bericht des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1922 S. 195), das diese Einrichtungen fördert, bestehen schon eine ganze Anzahl solcher Körperschaften. Im Jahre 1920 legte die Reichsregierung den „Entwurf eines Gesetzes über den Zusammenschluß von Trägern der Reichsversicherung zum Zwecke gemeinsamer Wohlfahrtspflege und über Regelung des Heilverfahrens“ vor, der aber leider überwiegende Ablehnung erfuhr. Man erklärte seinen Grundgedanken für gut, lehnte aber die in dem Entwurf vorgesehene Möglichkeit eines zwangsweisen Zusammenschlusses durch den Reichsarbeitsminister, als einen Eingriff in die Selbstverwaltung, ab. Ohne Zwang sind aber große organisatorische Fragen nicht zu lösen. Wo wäre die ganze soziale Versicherung ohne den Beitrittszwang geblieben? Die Arbeitsgemeinschaften müssen obligatorisch eingeführt und auf die Träger der Wohlfahrtspflege ausgedehnt werden. Ohne weiteres durchführen läßt sich auch, daß in den gemeindlichen Wohlfahrtsdeputationen (den Verwaltungskörperschaften der Wohlfahrtsämter)

Vertreter der Krankenkassen aufgenommen werden. Sie bringen nicht nur große Sachkunde für die zur Erörterung kommenden Angelegenheiten mit, sondern schlagen auch die notwendige Brücke zwischen den verschiedenen Fürsorgestellen.

Ohne diese Reformen des Aufbaues abzuwarten, sind jetzt schon allseitig die Leistungen der Fürsorge auszubauen. Die Krankenkassen haben in der Einführung von Mehrleistungen einen großen Spielraum. Ein ganz besonderes Mittel zur Förderung allgemeiner Gesundheitspflege ist die Familienhilfe, namentlich die Kinderfürsorge. Manche Ortskrankenkassen, wie z. B. die von Köln, leisten hier schon ganz Vorzügliches. Hier bietet sich ein ersprießliches Arbeitsfeld des Zusammenwirkens von Schulärzten, Schulpflegerinnen und Krankenkassen. Die Familienhilfe sollte auch auf Kinder ausgedehnt werden, die sich nicht in der häuslichen Gemeinschaft des Kassenmitgliedes aufhalten, damit auch die unehelichen Kinder, die sich vielfach in fremder Pflege befinden, davon erfaßt werden. Auch in der Gewährung von Beihilfen zu großen Heilmitteln (§ 193 RVO.), namentlich zu Kunstgebissen, und von Zuschüssen zu Unterbringungen in Heilstätten, können die Krankenkassen meist mehr leisten.

Eine noch größere Möglichkeit des Ausbaues ihrer Veranstaltungen haben die Gemeinden. Es sei hier nur erwähnt die Errichtung von Fürsorgestellen für Mütter und Säuglinge, für Lungenkranke und Geschlechtskranke, für Trinker usw., die Anstellung von Stadt- und Schulärzten, von Gemeindepflegerinnen und Schulschwestern, die Ausgestaltung und Verbesserung der Heilanstalten, die Errichtung von Volksküchen, Badeanstalten, Spielplätzen, Walderholungsstätten usw. Alle diese Dinge dienen der öffentlichen Gesundheitspflege. Das alles sollte in engster Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden und den Versicherungsträgern im Sinne des Erlasses des Reichsarbeitsministers vom 9. September 1920 geschehen. In diesem wird darauf hingewiesen, daß die Wohlfahrtspflege, deren unser Volk jetzt dringender als je bedarf, der wünschenswerten Einheitlichkeit entbehrt. Ueber mangelhaftes Zusammenarbeiten zwischen den Trägern der Sozialversicherung, der Wohlfahrtspflege und der privaten Liebestätigkeit werde sehr geklagt. Um einen Ueberblick über den Stand der Organisation der Wohlfahrtspflege zu gewinnen, erbat sich der Reichsarbeitsminister eingehende Mitteilung darüber, ob und welche Schritte zu einer einheitlichen Betätigung der Versicherungsträger getan worden, welche Erfolge zu verzeichnen sind, und welche Schwierigkeiten zu überwinden waren oder nicht überwunden werden konnten. Der Deutsche Städtetag hat seinerzeit zu den aufgeworfenen Fragen eingehend Stellung genommen und berichtet (vgl.: „Ortskrankenkasse" 1921 Sp. 216). Der Städtetag empfahl einen allgemeinen Erlaß an die Träger der Sozialversicherung auf dem Verwaltungswege, der auf die Notwendigkeit des Zusammenwirkens mit den übrigen Organisationen hinweist und den Trägern der Sozialversicherung empfiehlt, sich zum Zwecke der Vorbeugung in weitestgehendem Umfange an den verschiedenen Einrichtungen der öffentlichen und der ergänzenden privaten Fürsorge zu beteiligen und auch eigene Vertreter in die Verwaltungsausschüsse und Beiräte dieser Fürsorgeausschüsse zu delegieren.

Im Punkte der Gewährung der gegenseitigen materiellen Hilfe sei besonders auch auf den § 363 RVO. hingewiesen, nach dem die Krankenkassen Aufwendungen auch machen können für allgemeine Krankheitsverhütung. Es soll nicht verschwiegen werden, daß im allgemeinen die Krankenkassen bisher auf diesem Gebiet recht wenig geleistet haben. Da noch dazu die Bestimmung früher von den Krankenkassen gefordert wurde, entspricht ihr Erfolg nicht den Erwartungen. Sie darf nicht ungenützt als Dekoration im Gesetz stehen bleiben. Nach Lage der Sache kann die Vorschrift nicht besser dienstbar gemacht werden als in der Unterstützung der öffentlichen Gesundheitspflege. Die Gemeinden müssen heute für ihre Wohlfahrtseinrichtungen ganz erhebliche Aufwendungen machen. Das fällt ihnen bei ihrer notorischen Geldnot meist recht

schwer. Ohne Zuschüsse wird und soll die Unterhaltung der Krankenhäuser, Badeanstalten usw. nicht abgehen, doch dürfen sie nicht die gegebenen Kräfte übersteigen. Die Kassen sollten daher auch bei der Gewährung von Beihilfen für Fürsorgestellen, Kinderspeisungen usw. nicht allzu engherzig sein. Dient doch die allgemeine Krankheitsverhütung den Interessen der Krankenkassen auch in geldlicher Hinsicht. Den Krankheiten ist viel leichter vorzubeugen, als sie zu heilen sind. Alle beteiligten Stellen sollten einsehen, daß jetzt die Gelder nicht besser angelegt werden können, als in der Gesundung unseres Volkes. Das Wort, daß ein gesunder Geist nur in einem gesunden Körper wohnt, gilt nicht nur für den Einzelmenschen, sondern auch für ein ganzes Volk. Die Volksgesundheit dient daher auch dem so nötigen wirtschaftlichen Wiederaufbau.

Anmerkung der Schriftleitung: Der Satz, daß das „Endziel" der Reform eine einheitliche Staatsfürsorge sein müsse, die aus Mitteln der Allgemeinheit allen Bedürftigen die nötige Hilfe zu gewähren habe, darf wohl auch im Sinne des Herrn Verfassers nicht dahin verstanden werden, daß unsere Sozialversicherung, deren „Umbau" bekanntlich ins Auge gefaßt, aber noch in völliges Dunkel gehüllt ist, in absehbarer Zeit in der allgemeinen Staatsfürsorge aufgehen solle. Abgesehen von dem prinzipiellen Streit der Meinungen über die Verdrängung des Versicherungsgedankens durch den Fürsorgegedanken überhaupt, erscheint die gegenwärtige Zeit des Niedergangs unserer wirtschaftlichen Verhältnisse am allerwenigsten für eine solche grundstürzende Reform geeignet. Das wird auch der anerkennen müssen, dem die allgemeine Staatsfürsorge als „Endziel" der Wohlfahrtspflege vorschwebt. Was es aber mit dem „Umbau" der Reichsversicherung für eine Bewandtnis hat, was diejenigen, die davon reden, sich eigentlich dabei denken — das zu erfahren, hat die Allgemeinheit ein berechtigtes und dringendes Interesse.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 9 der **Amtl. Nachr.** vom 30. September 1922.)

I. Unfallversicherung.

Die Verordnung des Bundesrats über Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrenten bei Gesundheitsschädigung durch aromatische Nitroverbindungen vom 12. Okt. 1917 (RGBl. S. 900, ArbVers. S. 739), ist auch nach Beendigung des Krieges formell in Kraft geblieben. — Unter „Herstellung" von Kriegsbedarf im Sinne dieser Verordnung fällt auch das Zerlegen von Kriegsbedarf infolge der Abrüstung nach Beendigung des Krieges (3116 Seite 400).

Krankenbehandlung nach § 558 Ziff. 1 RVO. umfaßt nicht Versorgung mit Kleidungsstücken, die infolge der Benutzung der auf Grund des § 558 Ziff. 1 gelieferten Hilfsmittel notwendigerweise außergewöhnlich rasch verbraucht werden (3117 S. 402).

Um einen an sich unstreitigen Rentenanspruch im Sinne des den Rekurs ausschließenden § 1700 Ziff. 3 RVO. (zu vgl. Rek.-Entsch. v. 24. Febr. 1915, Entsch. u. Mitt. des RVA. Bd. 3 S. 329) handelt es sich nicht, wenn die Berufsgenossenschaft dem verspätet angemeldeten Anspruch zwar von einem bestimmten Zeitpunkt ab durch Rentengewährung stattgibt, aber für die zurückliegende Zeit den Einwand der Verjährung aufrecht erhält. Ihr Rekurs gegen die Verurteilung für die vergangene Zeit ist daher zulässig (3118 S. 403).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die einem lungenkranken Kriegsbeschädigten von der Krankenkasse gewährte Heilbehandlung im deutschen Kriegerkurhause Davos-Dorf in der Schweiz, ist als Badekur im Sinne des RVG. v. 15. Febr. 1920 anzusehen (2714 S. 420).

Auch auf das in § 197 RVO. erwähnte letzte Jahr sind die unter II Abs. 3 der Verordnung vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200, ArbVers. S. 180) bezeichneten Zeiten nicht anzurechnen (2715 S. 422).

Bezug einer Militärversorgung schließt Rentenerhöhung nach § 1287 Abs. 2 RVO. in der Fassung des Art. I Ges. v. 23. Juli 1921 (RGBl. S. 984, ArbVers. S. 470) nicht aus (2716 S. 423).

„Gewährung der Unfallrente" im Sinne des § 1511 RVO. liegt erst vor, wenn der Anspruch nach Grund und Höhe feststeht, nicht schon dann, wenn die Berufsgenossenschaft vor förmlicher Bescheiderteilung ihre Verpflichtung grundsätzlich anerkannt und einen Rentenvorschuß gezahlt hat (2717 S. 424).

Der Ersatzanspruch des Armenverbandes nach § 1531 RVO. wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß das von ihm unterstützte Kassenmitglied eigenmächtig das Krankenhaus verläßt, in das es von der Kasse eingewiesen war (2718 S. 426).

B. Allgemeines.

Zur Wahrung der Rechtsmittelfrist durch „Eingang" bei einer amtlichen Stelle. — Wiedereinsetzung bei Fristversäumung.

Rek. Entsch. des **Reichsversorgungsgerichts** vom 15. März 1922 (Entsch. 2 S. 196).

Die Rekursschrift des Klägers ist beim Reichsversorgungsgericht erst am 12. April 1921, einen Tag nach Ablauf der einmonatigen Rekursfrist, also verspätet eingegangen. Die Ausführungen des Klägers, die Verspätung von nur einem Tage beweise, daß die amtliche Hauptfürsorgestelle von dem rechtzeitigen Eintreffen der Rekursschrift in Berlin überzeugt gewesen sei, sind in sich widersprechend und abwegig, denn bei der Entfernung des Aufgabeorts von dem Sitze des Rekursgerichts konnte mit einem rechtzeitigen Eintreffen der am letzten Tage der Rekursfrist, noch dazu erst nachmittags, zur Post gegebenen Rekursschrift überhaupt nicht gerechnet werden. Es war ferner zu prüfen, ob etwa die Voraussetzungen des § 38 Abs. 3 der zur Zeit der Rekurseinlegung geltenden Bestimmungen des Reichsarbeitsministers über die Militärversorgungsgerichte usw. vom 18. Februar 1919 im Falle des Klägers erfüllt sind. Nach dieser Vorschrift gilt die Frist auch dann als gewahrt, wenn das Rechtsmittel rechtzeitig bei einer anderen deutschen amtlichen Stelle eingegangen ist. Als solche amtliche Stelle ist zwar die Hauptfürsorgestelle in H. zufolge ihrer Organisation auf Grund der Verordnung der Reichsregierung vom 8. Februar 1919 (RGBl. S. 17) und der vom Reichsarbeitsminister am 10. Dezember 1919 genehmigten Zuständigkeitsgrundsätze vom 6. Dezember 1919 (Amtl. Nachr. des Reichsarbeitsministeriums 1. Jahrgang Heft 11 S. 85 ff.) anzusehen, Voraussetzung für die Rechtzeitigkeit des Rekurses ist aber auch hier, daß entweder die Rekursschrift vor Ablauf der Frist daselbst eingeht oder der Rekurs zu Protokoll erklärt worden ist. Ein Protokoll ist mit dem Kläger nicht aufgenommen, eine Rekursschrift von ihm bei der Hauptfürsorgestelle nicht eingereicht worden, die von dem Bevollmächtigten des Klägers verfaßte und unterschriebene Rekursschrift trägt keinen Eingangsvermerk der Hauptfürsorgestelle. Die Abfassung der Rekursschrift durch den vom Kläger bevollmächtigten Beamten oder Angestellten der Hauptfürsorgestelle kann nicht als gleichbedeutend mit dem „Eingang" des Rekurses bei der amtlichen Stelle angesehen werden, auch dann nicht, wenn der Bevollmächtigte sich der Einrichtungen der amtlichen Stelle, des Papiers mit Aufdruck ihrer Bezeichnung, der Schreibmaschine, des Postbuchs zur Aufgabe des Einschreibbriefs usw. bedient hat... Wenn der Kläger sich an die Fürsorgestelle gewandt und den bei ihr tätigen M. als Beauftragten (Bevollmächtigten) zugewiesen erhalten hat, so handelt dieser im Rahmen der beratenden und vermittelnden Tätigkeit der Fürsorgestelle, wenn er die Rekursschrift verfaßt, ist aber dadurch nicht der Verpflichtung zur Einreichung der Rekursschrift an das Rekursgericht oder an eine der im § 38 Abs. 3 aaO. bezeichneten Stellen enthoben...

Es ist ferner geprüft worden, ob die Voraussetzungen für die Erteilung der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Versäumung der Rekursfrist gegeben sind. In Betracht kommen kann nur, ob etwa der Kläger durch einen unabwendbaren Zufall an der Einhaltung der Frist verhindert worden ist... Der Kläger selbst hat rechtzeitig innerhalb der Rekursfrist der amtlichen Hauptfürsorgestelle beziehungsweise, da die Vollmacht auf eine bestimmte Person lauten mußte, dem bei dieser Stelle tätigen M., Vollmacht zur Rekurseinlegung erteilt, nämlich am 4. April 1921, also zu einer Zeit, als entweder durch Aufnahme einer Niederschrift oder Einreichung der Rekursschrift an das Reichsversorgungsgericht oder eine andere deutsche amtliche Stelle die Frist gewahrt werden konnte... Bei dem den Beamten im allgemeinen entgegengebrachten Vertrauen durfte der Kläger sich darauf verlassen, daß sein rechtzeitig erteilter Auftrag zur Vertretung im Rekursverfahren durch die nach den oben angeführten Zuständigkeitsgrundsätzen dazu berufene Stelle ordnungsmäßig und innerhalb der gesetzlichen Frist erledigt wurde (zu vergl. Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 420). Wenn daher von dem vom Kläger beauftragten Bevollmächtigten der amtlichen Hauptfürsorgebstelle die bereits am 9. April 1921 verfaßte Rekursschrift erst am 11. April 1921, dem letzten Tage der Frist, zur Post gegeben worden ist, so liegt nach den Umständen des Falles ein unabwendbarer Zufall vor, der die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand rechtfertigt...

Voraussetzungen für die Gültigkeit einer Prozeßvollmacht auf einen nicht eingetragenen Verein.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (7. Sen.) v. 30. Juni 1922 (Ia 2759/21).

Die (den Rekurs als verspätet verwerfende) Verfügung des Vorsitzenden des siebenten Rekurssenats vom 4. Januar 1922 ist zu Recht ergangen. Gegen den den Entschädigungsanspruch des Klägers aus dem Betriebsunfall vom 15. Dezember 1919 ablehnenden Endbescheid der Beklagten vom 9. März 1921, der dem Kläger frühestens am 16. März 1921 zugestellt worden ist, hat namens des Klägers die Geschäftsstelle des Deutschen Werkmeister-Verbandes in Düsseldorf durch Schriftsatz vom 12. April 1921, eingegangen beim Oberversicherungsamt am 13. April 1921, Berufung eingelegt. Der Berufungsschrift vom

12. April 1921, lag eine Vollmacht bei, die lautet: „Vollmacht: Der Unterzeichnete bevollmächtigt hiermit den Deutschen Werkmeister-Verband, Sitz Düsseldorf, zur Vertretung in seiner Unfallversicherungssache gegen die Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft in Oberhausen. Duisburg-Beek, den 19. März 1921. Fritz Kl. . ."

Die Berufungsschrift war unterzeichnet: „Deutscher Werkmeister-Verband. Die Geschäftsstelle." —, worauf zwei Unterschriften folgen, von denen die eine „Leonhardt" oder „Lennhardt" und die zweite anscheinend „Eichler" lautet. Das Oberversicherungsamt hat zu dem Termine zur mündlichen Verhandlung am 24. Juni 1921 ausweislich der Postzustellungsurkunde vom 10. Juni 1921 nur den Kläger selbst geladen. Das Urteil des Oberversicherungsamtes vom 24. Juni 1921 ist ausweislich der Postzustellungsurkunde vom 12. Juli 1921 ebenfalls nur dem Kläger zugestellt worden, und zwar in der Art, daß dasselbe, da der Kläger selbst am 12. Juni 1921 in seiner Wohnung von dem die Zustellung vornehmenden Postbeamten nicht angetroffen wurde und die Zustellung weder an einen Hausgenossen noch an eine dienende Person noch an den Hauswirt, oder Vermieter ausführbar war, bei der Postanstalt in Duisburg-Beek, niedergelegt und die Niederlegung durch eine an der Tür der Wohnung des Klägers befestigte schriftliche Anzeige, sowie durch mündliche Mitteilung an einen Nachbarn bekannt gemacht wurde, da die Bekanntmachung an einen zweiten Nachbar nicht tunlich war. Die Rekursschrift vom 7. November 1921, die von dem Kläger selbst unterzeichnet ist, ist beim Reichsversicherungsamt am 8. November 1921 eingegangen. Die Rekursschrift ist also beinahe drei Monate zu spät eingegangen (vgl. § 128 RVO.), wenn die am 12. Juli 1921 erfolgte Zustellung des Urteils des Oberversicherungsamts ordnungsmäßig gewesen ist. Letzteres ist zu bejahen. Nach § 37 Satz 2 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 (OVO.) sind die Ausfertigungen der Urteile der Oberversicherungsämter allerdings den Bevollmächtigten der Beteiligten zuzustellen, wenn diese durch Bevollmächtigte vertreten sind. Dies setzt aber voraus, daß die Erteilung der Vollmacht ordnungsmäßig geschehen ist. Nach den weiteren Bestimmungen der erwähnten Verordnung, mit denen auch die Bestimmungen der beiden Verordnungen über den Geschäftsgang der Versicherungsämter und des Reichsversicherungsamts von demselben Tage inhaltlich übereinstimmen, kann es nun keinem Bedenken unterliegen, daß im Bereiche des Spruchverfahrens der Arbeiterversicherung eine Vollmacht seitens der Beteiligten nur einer physischen Person erteilt werden kann. Der § 14 Abs. 1 OVO. bestimmt nämlich: „Die Berufung muß entweder von dem Beteiligten selbst oder von einem gesetzlichen Vertreter oder von einem Bevollmächtigten unterzeichnet sein. Das gleiche gilt für die übrigen Schriftsätze." Im Abs. 2 des § 14 dieser Verordnung ist weiter bestimmt, daß die Vollmacht, abgesehen von den daselbst aufgeführten Ausnahmefällen schriftlich erteilt werden muß, und im Abs. 3 ferner, daß die Prozeßfähigkeit einer Partei, die Befugnis eines gesetzlichen Vertreters und die Vollmachten von Amts wegen zu prüfen sind. Weiter bestimmt der § 15 dieser Verordnung, daß für nicht prozeßfähige Parteien ohne gesetzliche Vertreter der Vorsitzende die Bestellung eines solchen (Vormunds oder Pflegers) zu veranlassen hat. Dem Inhalte nach gleiche Vorschriften enthalten die §§ 15, 17, 18 und 19 Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter und der § 24 Vrdg. über Geschäftsgang und Verfahren des RVA. Nun hat sich das Prozeßrecht der Arbeiterversicherung, das übrigens den Grundsatz der Schriftlichkeit der Vollmacht usw. schon in den Kaiserl. Verordnungen über das Verfahren zum UnfVersGes. vom 6. Juli 1884 enthielt, und die Auslegung dieser Vorschriften durch die Spruchpraxis im wesentlichen im Anschluß an die Grundsätze und die Auslegung der Zivilprozeßordnung entwickelt und vollzogen. Deshalb muß auch angenommen werden, daß im Bereich des Spruchverfahrens der Arbeiterversicherung ebenso wie im Bereich des Verfahrens in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, für den der § 79 ZPO. bestimmt: „Insoweit eine Vertretung durch Anwälte nicht geboten ist, können die Parteien den Rechtsstreit selbst oder durch jede prozeßfähige Person als Bevollmächtigten führen", zu Bevollmächtigten nur prozeßfähige Personen bestellt werden können. Als prozeßfähige Personen kommen aber im Bereiche des Spruchverfahrens der Arbeiterversicherung ebenso wie im Bereiche des Verfahrens in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten nur physische Personen in Betracht, und zwar auch nur insoweit, als sie geschäftsfähig sind. Mangels Geschäftsunfähigkeit sind insbesondere nicht prozeßfähig, juristische Personen, Gesellschaften, Vereine und Verbände. Sie können daher auch im Bereiche des Spruchverfahrens der Arbeiterversicherung nicht rechtswirksam zu Bevollmächtigten bestellt werden. Wird gleichwohl die Vollmacht auf eine juristische Person oder einen Personenkreis (Gesellschaft, Verein, Verband oder dergleichen) ausgestellt, so wird sich allerdings vielfach im Wege der Auslegung feststellen lassen, daß die Vollmacht dem derzeitigen Vertreter oder den derzeitigen Vertretern der juristischen Person oder des Personenkreises oder auch einer bestimmten anderen, dem Personenkreise angehörigen Person erteilt sein soll (vgl. für das Verfahren in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten Foerster-Kann, 3. Aufl. Anm. 2 § 79 ZPO und Stein, 10. Aufl., Anm. II 3a zu § 80 ZPO.). In Fällen dieser Art muß aber im Interesse der Rechtssicherheit, namentlich damit die Ladung des richtigen Bevollmächtigten zu dem Termine zur mündlichen Verhandlung und

die Zustellung des Urteils an den richtigen Bevollmächtigten (vgl. § 25 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des RVA. und §§ 24 und 37 Satz 2 OVO.) gewährleistet werden kann, verlangt werden, daß aus der Vollmacht die als Bevollmächtigter in Aussicht genommene, dem Personenkreise (Gesellschaft, Verein, Verband oder dergl.) angehörige physische Person ohne weiteres mit Sicherheit festgestellt oder erkannt werden kann, mag sie darin auch nicht namentlich bezeichnet sein. An einer solchen Bezeichnung des Bevollmächtigten fehlt es aber in der oben erwähnten Vollmacht des Klägers vom 19. März 1921. Der in dieser Vollmacht zum Bevollmächtigten des Klägers bestellte Deutsche Werkmeister-Verband, Sitz Düsseldorf, ein nicht eingetragener Verein, wird nach dem § 11 seiner Satzungen a) durch den Verbandsvorstand, b) durch den Abgeordnetentag verwaltet. . . . (Es folgen nähere Angaben über die Organisation.) Die laufende Verwaltung führt nach § 14 a. a. O. der Verbandsvorstand durch die Geschäftsstelle. Diese besteht aus den Verbandsvorsitzenden als Geschäftsleiter, dem Verbandsschriftführer und dem Verbandskassierer. Je zwei dieser Personen sind zur Vertretung des Verbandes befugt. Die Hauptgeschäftsstelle vertritt der Verband gerichtlich und außergerichtlich, sie ist insbesondere bevollmächtigt, Beiträge einzuklagen. Der Inhalt der Vollmacht vom 19. März 1921 wird allerdings dahin auszulegen sein, daß zum Bevollmächtigten des Klägers der Vertreter des Deutschen Werkmeister-Verbandes, welch letzterer nach § 1 seiner Satzungen seinen Sitz in Düsseldorf hat, bestellt sein sollte. Die Vollmacht läßt aber nicht mit Sicherheit erkennen, ob zum Bevollmächtigten des Klägers nur der zur Zeit der Ausstellung der Vollmacht im Amt befindliche Vertreter des Deutschen Werkmeister-Verbandes oder der jeweilige Vertreter desselben sein sollte, und ferner auch nicht, ob zum Bevollmächtigten des Klägers alle drei zu der mit der gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung des vorgenannten Verbandes betrauten Hauptgeschäftsstelle gehörigen Personen oder nur eine von ihnen, gegebenenfalls welche, bestellt sein sollten. Es ist aus ihr also nicht ohne weiteres mit Sicherheit festzustellen oder zu erkennen, welchen dem Deutschen Werkmeister-Verband angehörigen physischen Personen bzw. welcher zu diesem Verband gehörigen physischen Person der Kläger die Vollmacht erteilt hat. Eine rechtswirksame Vollmachtserteilung liegt also nicht vor. Daher hat das Oberversicherungsamt mit Recht den Kläger selbst zu dem Termine zur mündlichen Verhandlung am 24. Juni 1921 geladen und ihm selbst auch die Ausfertigung des Urteils von dem letztgenannten Tage zustellen lassen. Der Hinweis des Vertreters des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor dem Reichsversicherungsamt darauf, daß bei Gewerbe- und Kaufmannsgerichten, und nach dem Betriebsrätegesetz eine allgemeine Möglichkeit der Vertretung durch Berufsverbände usw. bestehe und dieser moderne Gedanke auch in der Arbeiterversicherung Anwendung finden müsse, findet weder im Wortlaut dieser Gesetze eine klare Grundlage, noch könnte eine bei jenen Stellen etwa nach der bezeichneten Richtung gehende Uebung gegenüber dem dargestellten Wortlaut und Sinn der für die Arbeiterversicherung bestehenden Verfahrensvorschriften in das Verfahren nach der RVO. so ohne weiteres übernommen werden. Der Rekurs ist also verspätet. Ein gesetzlicher Grund zur Wiedereinsetzung des Klägers in den vorigen Stand gegen die Versäumung der Rekursfrist ist nicht gegeben, weil in der in Frage stehenden Ausstellung einer unzulänglichen Vollmacht weder ein Naturereignis noch ein anderer unabwendbarer Zufall im Sinne des § 131 Abs. 1 RVO. zu erblicken ist. Verfehlt ist auch die Rüge des Klägers, das Oberversicherungsamt habe es, entgegen den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen, unterlassen, am Schlusse seines Urteils zu vermerken, daß dasselbe rechtskräftig werde, wenn er (der Kläger) dagegen nicht binnen einem Monat nach Zustellung Rekurs beim Reichsversicherungsamt einlege. Denn die Aufnahme eines solchen Vermerks in die Urteile des Oberversicherungsamts ist weder durch die RVO. noch durch sonstige gesetzliche Bestimmungen, insbesondere auch nicht durch den § 36 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oeberversicherungsämter vorgeschrieben. Nach alledem war die Bestätigung der Verfügung des Vorsitzenden des siebenten Rekurssenats vom 4. Januar 1922 geboten. Hieran ändert im Ergebnis auch die Erwägung nichts, die der Vertreter des Klägers in der mündlichen Verhandluna vor dem Reichsversicherungsamt noch angeregt hat, daß nämlich, wenn die der Berufung beigefügte Vollmacht nicht gültig war, das Oberversicherungsamt gar nicht hätte zur Sache verhandeln und erkennen dürfen. Das trifft an sich zu; das Oberversicherungsamt hätte entweder eine gültige Vollmacht oder eine Genehmigung der Berufung vom Kläger selbst einholen müssen oder die Berufung als nicht eingelegt erklären müssen. Aus dem Verfahren und der Entscheidung zur Sache folgt aber nicht, daß das Oberversicherungsamt die Ausfertigung seiner Entscheidung nach § 37 Abs. 1 Satz 2 einem Bevollmächtigten, der ja aus der Vollmacht nicht ersichtlich war, zustellen mußte. Im Gegenteil zeigt gerade die Tatsache, daß das Oberversicherungsamt Terminsnachricht — diese übrigens ohne daß der Kläger dagegen seinerzeit Widerspruch erhoben hat — und Urteil dem Kläger selbst hat zustellen lassen, daß die Vollmacht eine zum Empfang der Zustellung geeignete Person auch das Oberversicherungsamt nicht hat erkennen lassen. Die Tatsache aber, daß das Oberversicherungsamt auf eine formell mangelhafte Berufung sachlich erkannt hat, begründet weder einen Rechtsnachteil für den Kläger, da auch ohne die abweisende Entscheidung des Oberversicherungsamts der

ablehnende Bescheid der Berufsgenossenschaft rechtskräftig gewesen wäre, noch vermag sie die formell rechtliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts entbehrlich zu machen oder zu einem anderen Ergebnis in ihr zu führen.

C. Zur Krankenversicherung.

Zum Begriffe der „notwendigen" Krankenhauspflegekosten.

Urteil des Versicherungsamts Lahr vom 7. Juli 1922.

Das Versicherungsamt vertritt ebenfalls die Auffassung, daß die Leistungen der Krankenkassen grundsätzlich nach dem gleichen Maßstabe bemessen werden, sodaß im allgemeinen nur die bei der allgem. Ortskrankenkasse in Lahr übliche Behandlung und Verpflegung in der 3. Klasse eines Krankenhauses zu gewähren ist. Im vorliegenden Falle hat aber der Versicherte durch das Zeugnis des Prof. Dr. H. den Beweis erbracht, daß bei seinem Eintreffen im Freiburger Diakonissenhaus die 3. Klasse überfüllt und, da die Operation infolge dringender Lebensgefahr keinerlei Aufschub duldete und auch eine andere Unterbringung nicht möglich war, nur Operation sowie Behandlung und Verpflegung in der 2. Klasse als zwingende Notwendigkeit in Betracht kam.

Nach feststehender Rechtsprechung beschränkt sich der Anspruch aller Kassenmitglieder grundsätzlich, auch im Fall der Krankenhauspflege, zwar auf das Maß des Notwendigen. Das Notwendige ist aber andererseits kein absoluter Begriff, sondern bestimmt sich nach den Umständen des Falles. Ergeben die besonderen Umstände wie hier die zwingende Notwendigkeit der entstandenen Mehrkosten, so würde es gegen Treu und Glauben, die auch im öffentlichen Recht unbedingt Geltung beanspruchen, verstoßen, wenn die Kasse, welche mit der Verbringung in das Diakonissenhaus an sich einverstanden war, Leistungen, die zur Erhaltung des Lebens des Klägers notwendig waren, nicht anerkennen und die infolge der nachweislichen Unmöglichkeit der Unterbringung in der 3. Klasse notwendig gewordenen Mehrkosten sowohl für Behandlung und Verpflegung als auch für die Operation und ärztliche Behandlung nach den Sätzen der 2. Klasse, auch wenn ihre Zustimmung hierzu durch den Versicherten in anbetracht der besonderen Umstände nicht eingeholt werden konnte, nicht übernehmen würde.

Dem Antrag des Versicherten mußte daher in vollem Umfange stattgegeben werden. (Vergl. auch Entsch. des Amtsgerichts Breslau vom 7. 10. 04, Arb.-Vers. 1905 S. 46 sowie die Ausführungen in Arb.-Vers. 1906 S. 184 und 07 S. 126.

Das Oberversicherungsamt Freiburg i. Br. hat durch Urteil vom 23. Juli 1922 die Entscheidung bestätigt mit der Aenderung, daß für ärztliche Behandlung statt 900 Mk. nur 334 Mk., nämlich „nur die nach der kassenärztlichen Gebührenordnung zuständigen Beträge" anzusetzen sind.

Antrag eines nach § 311 RVO. Mitglied Gebliebenen auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten nach § 517.

Rev.-Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 11. April 1922 (2708 Amtl. Nachr. 1922 S. 388).

Die Beteiligten gehen mit Recht davon aus, daß der Antrag des Klägers auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei der beklagten Krankenkasse nach § 520 RVO. erst am 1. Oktober 1920 wirksam werden konnte. In diesem Zeitpunkt müssen, um diese Wirkung zu zeitigen, die Voraussetzungen des § 517 RVO. vorgelegen haben. Nach dieser Vorschrift ruhen auf Antrag die Rechte und Pflichten für „Versicherungspflichtige, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind". Im vorliegenden Falle ist lediglich zweifelhaft, ob der Kläger am 1. Oktober 1920 als versicherungspflichtig im Sinne des § 517 anzusehen war. Unstreitig war ein Beschäftigungsverhältnis, das die Versicherungspflicht nach § 165 RVO. bedingte, zu dieser Zeit nicht mehr gegeben. Es liegt aber kein Grund vor, den Begriff der Versicherungspflicht im § 517 in dem engen Sinne auszulegen, den ihm die Vorinstanzen beigemessen haben. Nach § 311 RVO. bleiben (auch über die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses hinaus) arbeitsunfähige Personen Mitglieder der Krankenkasse, solange diese ihnen Leistungen zu gewähren hat. Diese Mitgliedschaft nach § 311 RVO. ist vorliegend nicht anders zu beurteilen als diejenige, an die sie sich kraft Gesetzes anschließt. Wenn also eine versicherungspflichtige Person nicht auf Grund eines fortgesetzten Beschäftigungsverhältnisses, aber nach § 311 RVO. Mitglied der Kasse bleibt, so tritt in ihren Beziehungen zur Kasse irgendeine Aenderung nicht ein. Man tut daher dem im § 517 verwendeten Begriffe der Versicherungspflichtigen keinen Zwang an, wenn man darunter auch diejenigen Personen versteht, die auf Grund der bisherigen versicherungspflichtigen Beschäftigung Kassenmitglieder nach § 311 geblieben sind. Zu dieser Auslegung drängen auch folgende Erwägungen. Wenn man schon zwischen Mitgliedern auf Grund einer fortlaufenden versicherungspflichtigen Beschäftigung und solchen nach § 311 unterscheiden will, so bedeutet jedenfalls die Mitgliedschaft auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung das stärkere Band zwischen der Kasse und dem Versicherten, da sie nicht nur eine Nachwirkung, sondern eine aus der fortlaufenden Beschäftigung jederzeit sich neu erzeugende Rechtswirkung darstellt. Wenn selbst diese infolge der Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse ruht, so ist nicht

einzusehen, aus welchem Grunde die Mitgliedschaft nach § 311 den Wirkungen des Beitritts zu einer Ersatzkasse größeren Widerstand entgegensetzen sollte. In diesem Falle würden einerseits dem Versicherten in gewissem Umfang Doppelleistungen zuteil, die das Gesetz im allgemeinen nicht begünstigt, anderseits würden die Ersatzkassen auf Kosten der reichsgesetzlichen Krankenkassen entlastet. Demgegenüber kann auch nicht eingewendet werden, daß, wenn das Ruhen der Rechte und Pflichten bei einer Mitgliedschaft nach § 311 eintritt und demgemäß auch der Anspruch auf Kassenleistungen entfällt (zu vgl. Revisionsentsch. 2285, Amtl. Nachr. 1916 S. 796), die Mitgliedschaft nach der ausdrücklichen Vorschrift des § 311 gleichzeitig erlischt. Wenn dies auch zutreffen mag, was hier nicht entschieden zu werden braucht, so kann das den Eintritt des Ruhens der Rechte und Pflichten nicht hindern, da das Erlöschen der Mitgliedschaft in diesem Falle erst eine weitere Folge des Ruhens der Rechte und Pflichten wäre und daher für die Frage, ob das Ruhen der Rechte und Pflichten eintritt, ohne Bedeutung. Die Vorentscheidungen waren daher wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechtes aufzuheben. Da, wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, die Rechte und Pflichten des Klägers aus seiner Mitgliedschaft bei der Beklagten seit dem 1. Oktober 1920 ruhen, so war sein Anspruch auf Gewährung von Krankengeld über den 30. September 1920 hinaus abzuweisen.

D. Zur Unfallversicherung.

Genossenschaftliche Zugehörigkeit einer Reittierhaltung.

Rev.-Entscheidung des **Reichs-Versicherungsamts** (5. Sen.) vom 9. Juni 1922.

Dem Oberversicherungsamte war sodann darin beizutreten, daß sich der Unfall nicht in einem Betriebe der Heeresverwaltung nach § 537 Nr. 5 RVO. ereignet hat. Ein solcher muß regelmäßig wirtschaftliche Zwecke verfolgen, und da diese von einem Kontrollamt, dem ehemaligen Bezirkskommando, nicht angestrebt werden, bildet es keinen Betrieb im Sinne der genannten Gesetzesbestimmung. Ebensowenig war ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente gegenüber der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft begründet, da diese nur für Unfälle in gewerbsmäßigen Fuhrwerksbetrieben aufzukommen hat, ein solcher aber hier nicht in Frage kommt. Das Reichsversicherungsamt hat dagegen die Ueberzeugung erlangt, daß H. einem Betriebsunfall erlegen ist, den er als Arbeiter eines Reittierhalters erlitten hat.

Durch die Bekundungen der Zeugen . . . ist hinreichend wahrscheinlich gemacht, daß der Verstorbene am 29. März 1919 bei der Beförderung des für Leutnant P. bestimmten Pferdes von Hanau nach Frankfurt zweimal von diesem gestürzt ist und dabei eine Gehirnerschütterung erlitten hat, wofür insbesondere das mehrmalige Erbrechen wie auch das sonstige Verhalten des H. und seine beschmutzte Kleidung sprechen. Durch diese Gehirnerschütterung ist wahrscheinlich eine Gehirnblutung verursacht worden, die auch nach Ansicht des Arztes Dr. D., der die Leichenschau vorgenommen hat, den Tod des H. beigeführt hat. Es liegt demnach ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall nach § 544 RVO. vor, da das Halten von Reittieren nach § 537 Nr. 7 der Versicherung unterliegt. Es fragte sich nur, ob die Heeresverwaltung (zu vergl. § 624 RVO. einschl. der Tätigkeiten bei nicht gewerbsmäßigem Halten von Reittieren) oder Leutnant P. während des Transportes des Pferdes als Tierhalter anzusehen war.

Das Rekursgericht hat das letztere angenommen. Nach der Begründung zur RVO. ist bei der Auslegung dieses Begriffes Tierhalter die Rechtsprechung zu beachten, die sich auf dem Gebiete des bürgerlichen Rechtes für diesen Begriff ausgebildet hat. Nach dieser gilt aber als Halter eines Reittiers die Person, die im eigenen Interesse die Sorge für das Tier übernommen hat, und zwar nicht bloß zu einem ganz vorübergehenden Zwecke, sondern für einen Zeitraum von einer gewissen Dauer (Entsch. des Reichsgerichts Zivilſ. Bd. 52, S. 118, Bd. 62, S. 81).

Die Beziehungen des Halters zum Tier dürfen nicht ganz vorübergehender Natur sein (zu vergl. Entsch. des Reichsger. Bd. 55, S. 166 und die bei Staudinger, Recht der Schuldverhältnisse, 7. u. 8. Aufl., S. 1786 Anm. 5 d zu § 833 BGB. angeführten Urteile der Oberlandesgerichte). In der Begründung zur Reichsversicherungsordnung wird im Anschluß an diese Rechtsprechung und unter Hinweis auf die Vorschriften des Bau-Unfallversicherungsgesetzes für Regiebauarbeiten angenommen, daß von dem Halten eines Reittiers regelmäßig dann nicht die Rede sein könne, wenn dieses die Dauer von sechs Tagen nicht übersteigt. In vorliegendem Falle ist das Pferd, bei dessen Transport sich der Unfall ereignete, während seiner Ueberlassung an Leutnant P. überhaupt nicht mehr in den Gewahrsam der Militärbehörde gekommen. Es ist vielmehr, da der Regimentsstall, in dem es vereinbarungsgemäß untergestellt werden sollte, noch nicht fertig war und auch Pferdepfleger fehlten, auf etwa drei Wochen bei einem Bekannten des Leutnants, einem Landwirt, eingestellt worden, bis es dann wegen Untauglichkeit für den kriegsbeschädigten Offizier von der Militärbehörde zurückgenommen und gegen ein brauchbares Tier umgetauscht wurde. Das Pferd hat sich also während einer längeren Dauer, die auch sechs Tage bei weitem

überschritt, im Besitze des Leutnants befunden. Dieser unmittelbare Besitz ist aber nach der Rechtsprechung der Zivilgerichte für die Auslegung des Tierhalterbegriffes entscheidend (zu vergl. Entsch. des Reichsger. Bd. 55 S. 165 ff.). Der Mieter und Entleiher ist als Tierhalter anzusehen, nicht der Vermieter oder Verleiher; so hat auch das Reichsgericht als Halter eines preußischen Gendarmenpferdes nicht den Fiskus, sondern den Gendarmen selbst erachtet (zu vergl. die eben angeführte Entsch.). Leutnant P. hat daher als Halter des Pferdes zu gelten, und zwar auch während dessen Unterstellung bei dem Landwirt, da die Uebergabe eines Tieres an einen andern zur Wartung und Pflege die Tierhaltereigenschaft nicht ausschließt (Urteil des Reichsger. vom 20. Juni 1910 „Recht" 1910 Nr. 2825), in diesen Fällen, wie überhaupt, vielmehr entscheidend ist, für wen das Pferd und seine Nutzungen von Interesse gewesen sind (Entsch. des Reichsger. Bd. 66 S. 1 ff.). Daß das Pferd während seines Aufenthaltes bei dem Landwirt, neben seiner Benutzung durch den Leutnant zu Spazierritten, noch in der Landwirtschaft verwendet worden wäre, ist aus den Akten nicht ersichtlich, auch nicht anzunehmen. Nach der Begründung zur RVO. (a. a. O.) soll aber derjenige, der den wirtschaftlichen Nutzen von dem Tiere hat, auch die damit verbundenen Gefahren tragen. Da lediglich der Leutnant, wie ausgeführt, den Nutzen von dem Pferde hatte, war er als Unternehmer einer Tierhaltung anzusehen, die bei der Genossenschaft für die Reichsunfallversicherung der Fahrzeug- und Reittierhaltungen versicherungspflichtig war. Diese war daher zur Entschädigung der Hinterbliebenen des H. für die Folgen des Unfalls vom 29. März 1919 zu verurteilen.

Unfall eines gewerblichen Arbeiters in einer Betriebsversammlung.

Rek.-Entsch. des Reichsversicherungsamts v. 9. Juli 1922 (3113 Amtl. Nachr. 1922 S. 367).

. . . Allerdings sind im Sinne des Betriebsrätegesetzes vom 4. Februar 1920 (§ 66 ff.) der Betriebsrat und die Betriebsversammlung dem Betrieb angegliedert, also wesentliche Bestandteile des Betriebs, ihre Aufgabe ist aber nicht die unmittelbare Beteiligung an der Herstellung der Betriebserzeugnisse, sondern nur die Beratung und Beschlußfassung über die Förderung der Betriebseinrichtungen, insbesondere die Regelung der Rechtsverhältnisse zwischen Arbeitern oder Angestellten und dem Unternehmer. Die Teilnahme an ihren Verhandlungen kann also höchstens als geschäftsleitende Tätigkeit, die nicht betriebstechnischen Zwecken dient, angesehen werden. Nach ständiger Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts hat solche rein verwaltungsmäßige Tätigkeit auch nicht als versichert zu gelten (zu vgl. Handb. der Unfallvers., 3. Aufl. I S. 67 Anm. 24 Abs. 1 und 5 zu § 1 Gew.Unf.Vers.-Ges.). Die Anwendung dieses Grundsatzes ist hier um so unbedenklicher, als die Versammlung nicht auf der Betriebsstätte, also nicht im Gefahrenbereiche des Betriebs, sondern außerhalb in einer öffentlichen Wirtschaft stattfand.

Bei dieser Sachlage kann vorliegend auch die Frage, ob bei den in Rede stehenden Verhandlungen der einberufenen Versammlung die eigenwirtschaftlichen Interessen des Verletzten oder die des Betriebs in der ersten Reihe standen, dahingestellt bleiben. Vielmehr war aus vorstehenden Erwägungen der Rekurs der Klägerin ohnehin als unbegründet zurückzuweisen.

E. Zur Militärversorgung.

Rechtsmitteleinlegung mittels Fernsprechers.

Rek.-Entsch. des Reichsversorgungsgerichts v. 9. Juni 1922 (Entsch. 2 S. 269).

Nach § 93 des Verfahrensgesetzes v. 10. 1. 22 sind die Rechtsmittel schriftlich oder mündlich unter Aufnahme einer Niederschrift einzulegen. Daß die telephonische Erklärung an sich, wenn von ihrer Natur und Bedeutung für den einzelnen Fall abgesehen wird, der mündlichen gleichzustellen ist, kann keinem Zweifel unterliegen. Auch das Bürgerliche Gesetzbuch stellt in § 147 Abs. 1 den mittels Fernsprechers gemachten Vertragsantrag den unter Anwesenden erfolgten Antrag gleich (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Straff. Bd. 38 S. 282 Nr. 96). Zu prüfen bleibt daher nur, ob auch dem Erfordernis der Aufnahme einer Niederschrift bei der telephonischen Rechtsmitteleinlegung genügt werden kann. Das Reichsgericht hat dies in der oben erwähnten Entscheidung für die telephonische Einlegung der Revision in Strafsachen verneint, und zwar hauptsächlich mit der Begründung, daß hierbei nicht die Persönlichkeit des Erklärenden und die Ernstlichkeit der Erklärung festgestellt werden könne, Feststellungen, die zu den wesentlichen Erfordernissen der Aufnahme eines Protokolls durch den Gerichtsschreiber im Sinne des § 381 der StPO. gehörten. Für die Beurteilung der telephonischen Rechtsmitteleinlegung im Spruchverfahren des Versorgungswesens müssen jedoch andere Erwägungen maßgebend sein. Ueber den Inhalt und die Form der Aufnahme einer Niederschrift bei der Rechtsmitteleinlegung sowie über die Person des Aufnehmenden schreibt das Verfahrungsgesetz mit zwingender Wirkung ebensowenig etwas vor, wie hinsichtlich der Niederschrift bei Stellung des Versorgungsantrags (§ 78 des Verfahrensges.). Auch aus anderen Bestimmungen des Gesetzes kann

hierüber nichts entnommen werden. In den §§ 123 und 124 wird zwar für die Sitzungsniederschrift bestimmt, daß sie von einem vereideten Schriftführer aufzunehmen und wie sie abzufassen ist; und in § 110 wird für die vor der mündlichen Verhandlung stattfindende Beweisverhandlung Aufnahme der Niederschrift durch einen vereidigten oder durch Handschlag verpflichteten Schriftführer vorgeschrieben und im übrigen auf §§ 123 und 124 ausdrücklich verwiesen. Daraus, daß in den §§ 93 und 78 diese Vorschriften und Verweisungen fehlen, und vor allem daraus, daß § 94 über Inhalt und Form der Rechtsmittelschrift lediglich Ordnungsvorschriften enthält, folgt jedoch, daß das Verfahrensgesetz für diese Verfahrenshandlungen keine zwingenden Vorschriften aufstellen wollte. Da die Nichtbeachtung der Ordnungsvorschriften des § 94 die Verfahrenshandlung nicht ungültig macht, muß die Niederschrift über eine mündliche Rechtsmitteleinlegung, wie dies bereits für die schriftliche Rekurseinlegung allgemein anerkannter Grundsatz ist (zu vgl. Kaufmann-Fuisting, Gesetz über das Verfahren in Versorgungssachen Anm. 3 zu § 93), als gültig angesehen werden, wenn sie nur den Willen der Partei, gegen eine bestimmte Entscheidung das Rechtsmittel einzulegen, ersichtlich macht. Diesem Erfordernis entspricht der hier aufgenommene Aktenvermerk. Daß bei der telephonischen Rechtsmitteleinlegung nicht zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob der zur Einlegung des Rechtsmittels Berechtigte die Erklärung abgegeben hat, bildet nach den Grundsätzen des Verfahrensgesetzes kein Hindernis für ihre Zulässigkeit. Denn auch § 48 des Gesetzes sieht vor, daß gewisse Personen, nahe Angehörige und die im § 109 Abs. 2 bezeichneten Personen, zunächst ohne den Nachweis einer Vollmacht für den Berechtigten tätig werden können; auch in diesen Fällen bleibt es zunächst fraglich, ob der Berechtigte die Handlung vorgenommen hat, bis nachträglich der Nachweis der Vollmacht erbracht ist; bei den nahen Angehörigen bedarf es auch des nachträglichen Nachweises der Vollmacht nicht, ihre Berechtigung wird vermutet. Unter entsprechender Anwendung des dieser Vorschrift zugrunde liegenden Gedankens, daß den Parteien des Spruchverfahrens die Rechtsverfolgung nach Möglichkeit erleichtert werden soll, war die telephonische Rechtsmitteleinlegung unbedenklich zuzulassen. Zur nachträglichen Beseitigung von Zweifeln, ob der Berechtigte Rekurs eingelegt hat und ob sich bei dem Telephongespräch Mißverständnisse eingeschlichen haben, bietet bei dieser Verfahrenshandlung die Nachholung der nach § 94 des Verfahrensgesetzes vorgeschriebenen Unterschrift die Handhabe und Gelegenheit.

Sprechsaal.

Krankengeldzahlung neben Heilanstaltspflege.

Die Auskunft im Heft 24 S. 384 Ziff. 10 gibt Veranlassung, auf drei Entscheidungen hinzuweisen, welche sich mit der Frage der Krankengeldzahlung bei einer vom Versorgungsamt angeordneten Anstaltspflege beschäftigen. Während das Oberversicherungsamt Leipzig in einer Entsch. vom 6. 10. 21 die Krankengeldzahlung bei Anstaltspflege als Pflichtleistung anerkennt, stellt sich das Oberversicherungsamt Merseburg in seinen Entsch. vom 22. Okt. 21 u. 26. Sept. 21 auf den entgegengesetzten Standpunkt (Landkrankenkasse Nr. 4/22 Sp. 92 u. Nr. 9/22 Sp. 206). Gegen die Entsch. des Oberversicherungsamtes Leipzig ist Revision eingelegt, so daß in Kürze mit der Klärung der Frage gerechnet werden kann. Immerhin sind die §§ 12 und 13 RVersf.Ges. so unklar, daß eine einwandfreie Auslegung nicht gut denkbar ist.

In moralischer Hinsicht sind die Entscheidungen des Oberversicherungsamtes Merseburg unbedingt zu billigen, denn es ist nicht einzusehen, aus welchen Gründen der Versorgungsberechtigte gegenüber dem Kassenmitgliede besser gestellt sein soll, denn letzteres erhält neben Krankenhauspflege kein Krankengeld.

Aus vorstehenden Erwägungen ist es auch eine schwere Unbilligkeit, wenn den nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherten Personen im Falle einer von der Reichsversicherungsanstalt angeordneten Heilanstaltspflege von der Kasse Krankengeld gewährt werden muß, zumal wenn der Angestellte, insbesondere der Handlungsgehilfe noch für die ersten sechs Wochen sein Gehalt neben dem Krankengelde weiter bezieht, also gegenüber dem Kassenmitgliede, bei welchem die Krankenkasse Heilanstaltspflege anordnet, einen ganz erheblichen unbegründeten Vorzug genießt. Grundsatz muß nach Recht und Billigkeit sein, daß der Versicherungsträger, welcher Heilanstaltspflege anordnet, für die volle Durchführung und Sicherstellung der Familie zu sorgen hat, durch Zahlung von Haus- bzw. Taschengeld. In der gesamten Rechtsprechung wird stets die Gleichberechtigung aller Mitglieder hervorgehoben, infolgedessen ist jede Bevorzugung eines bestimmten Personenkreises mit dem Rechtsempfinden unvereinbar. Bei der Umarbeitung der RVO. wird der Gesetzgeber auf diese Unbilligkeiten zu achten und dem § 184 RVO. eine entsprechende Fassung zu geben haben.

Geschäftsführer A. Pelz in Neustrelitz.

Hierzu ist zu bemerken: Daß Versicherte, die von ihrer Krankenkasse Heilanstaltspflege erhalten, gegen diese Kasse keinen Anspruch auf Krankengeld haben, ist im § 184 RVO. ausdrücklich vorgesehen, da nach dieser Vorschrift die Krankenhauspflege „an Stelle" der Krankenpflege und des Krankengeldes gewährt wird. An einer entsprechenden Vorschrift fehlt es aber für den Fall, daß der Versicherte Heilanstaltspflege von anderer Seite und aus einem anderen Rechtstitel, insbesondere also vom Versorgungsamte wegen einer Dienstbeschädigung, empfängt. Danach ist die Entscheidung des Oberversicherungsamts Leipzig als rechtlich begründet, die Entscheidung des Oberversicherungsamts Merseburg als verfehlt zu erachten. Entsprechend verhält es sich, wenn der gegen Krankheit Versicherte Anstaltspflege von einem anderen Versicherungsträger oder wenn er Gehalt oder Lohn von seinem Arbeitgeber erhält und das Gesetz nicht vorschreibt, daß das Krankengeld in

solchem Falle zu versagen ist. **Rechtlich** erscheint dies ganz zweifelsfrei. Und was die „**moralische**" Seite der Sache, die Frage der Billigkeit oder Unbilligkeit der einen oder der anderen Auffassung betrifft, so ist die Meinung des Herrn Verfassers, daß die Zahlung von Krankengeld neben der von anderer Seite gewährten Anstaltspflege „die Gleichberechtigung aller Mitglieder" verletze, gleichfalls zu bestreiten. Das Krankengeld bezieht das Kassenmitglied auf Grund seiner Versicherung, für die er und, im Falle der Versicherungspflicht, der Arbeitgeber Beiträge leisten. Der Grundsatz der Gleichberechtigung aller Mitglieder würde also, gerade umgekehrt, dann verletzt sein, wenn einzelnen Mitgliedern der auf der Krankenversicherung beruhende Anspruch auf Krankengeld versagt werden dürfte, weil sie aus einem von dieser Versicherung unabhängigen Rechtsgrunde von anderer Seite Anstaltspflege erhalten.

Patienten ohne Krankenschein.

(Nachtrag zu Heft 31 S. 489.)

VI.

Von einer süddeutschen Krankenkasse erhalten wir folgende Zeilen:

... Wir sind uns nicht recht klar, ob der Vorschlag des Herrn Sanitätsrates tatsächlich ernst gemeint ist. Daß wir daran zweifeln, mag vielleicht darauf zurückzuführen sein, daß **bei uns überhaupt keine Krankenscheine ausgestellt werden**. Schon vor dem Kriege errechneten wir, daß bei einer Morbidität von 1,25 bei 10 000 Mitgliedern 12 500 Krankenscheine abbgeholt werden mußten. D. h. 12 500 Personen mußten das Kassengebäude aufsuchen, die Beamten mußten über 12 000 mal die Personalien feststellen und das nötige Papier verschreiben. Wieviel Zeit- und Arbeitsverlust ist darin enthalten! Wir gingen dazu über, daß die Patienten sofort zum Kassenarzt gehen, der, ihre Angaben prüfend, die Personalien notiert und allwöchentlich bei der Kasse zur Prüfung einliefert. Sehr, sehr selten sind die Fälle, daß der Arzt unberechtigt konsultiert wurde. Ganz vereinzelt sind deshalb auch die Fälle, daß wir die Schuldsumme von dem unbefugten Besucher einkassieren. Meist sind es Irrtümer der betreffenden Personen; weder unsere Aerzte, noch wir, noch unsere Mitglieder wünschen eine Rückkehr zu dem veralteten System, das einen ungeheuren Ballast von Laufereien, Arbeitskraft- und Materialverschwendung in sich schließt. Es ist selbstverständlich, daß es bei 10 000 Mitgliedern auch 3—5 mal im Jahr vorkommt, daß ein Arzt vielleicht für eine Konsultation nichts erhält. Doch glauben wir, und unsere Aerzte denken auch so, daß dies kein Grund ist, ein System einzubehalten, das Aerzte und Kasse zu viel mehr unnützer Arbeitsleistung zwingt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Beitragsfreiheit während des Bezugs von Wochen- und Schwangerengeld.

Wir sind in dankenswerter Weise aufmerksam gemacht worden, daß beim Abdruck der grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts im Heft 31 S. 483 bei der Entsch. Nr. 2710 (S. 392 der Amtl. Nachr. von 1922) zwei Druck- oder Schreibfehler untergelaufen sind. Es muß dort heißen, daß für die ganze Zeit des Wochengeldbezugs nach § 383 (nicht § 382!) Abs. 2 RVO. Beiträge **nicht** zu entrichten sind. — Die aufmerksamen Leser werden dies wohl bereits selbst richtiggestellt haben, da wir den vollen Inhalt schon im Heft 27 S. 431 mitgeteilt haben.

Das Gesetz über Notstandsmaßnahmen zur Unterstützung von Rentenempfängern der Inv.- und Angestelltenversicherung

in der Fassung vom 29. Juli 1922 (RGBl. I S. 676; zu vgl. ArbVers. 1922 S. 94, 180, 284, 332, 347, 460) ist neuerlich wieder geändert worden durch Verordn. vom 26. Okt. 1922 (RGBl. I S. 805). Es ist im § 2 Satz 1 die Zahl 7200 durch 18 000, die Zahl 5700 durch 15 000, die Zahl 3200 durch 7000, ferner im § 2 Abs. 4 Satz 2 die Zahl 4000 durch 12 000 und im Abs. 5 die Zahl 1200 durch 4800 ersetzt.

Eine neuzeitliche Form der Krankenkassen

bespricht Prof. P. **Stephan** (Altona) in der „Soz. Praxis" v. 6. 9. 20 (Sp. 967). Er führt aus:

„Beim Aufbau der Krankenversicherung in der Weise, wie sie heute allgemein durchgeführt ist, ging man seinerzeit von der auch damals nicht ganz zutreffenden Ansicht aus, daß der Verdienst des Arbeiters oder Gehilfen, für den die Versicherung ausschließlich gedacht war, gerade ausreiche, um die notwendigsten Lebensbedürfnisse zu bestreiten. Bei Krankheit des Versicherten wird also nicht nur die ärztliche Behandlung, Lieferung der Medikamente usw. von der Kasse übernommen, sondern dazu noch ein ziemlich erheblicher Anteil des Durchschnittslohnes der betreffenden Klasse vergütet, in die der Versicherte eingeordnet ist. Das ist selbstverständlich durchaus richtig und nötig, sobald die Krankheit längere Zeit dauert, aber „Vernunft wird Unsinn" bei den heutigen Lohn- und Lebensverhältnissen, wenn es sich um Krankheiten von nur wenigen Tagen Dauer handelt.

Die Arbeitslöhne haben im Gegensatz zu den Beamtengehältern, die bei weitem nicht in demselben Verhältnis gestiegen sind, den Anschluß an die Teuerung ziemlich beibehalten. Es ist jetzt einem Arbeiter, der nicht eine große Familie allein zu unterhalten hat, ziemlich gleichgültig, ob ihm eine leichte „Krankheit" einige Tage Arbeitsverdienst kostet. Es ist auch in allen Krankenkassen bekannt, daß gerade jüngere Arbeiter und Arbeiterinnen kleine harmlose Verletzungen als günstige Gelegenheiten zum Krankfeiern betrachten. Der Arzt kann ja in den meisten Fällen gar nicht beurteilen, ob die Verletzung die Spezialarbeit des „Kranken" unmöglich macht. Es ist so ganz sicher keine Uebertreibung, daß Aerzte und Krankenkassen in großem Umfange mit kleinen Krankheiten und Unfällen behelligt werden, die in anderen Bevölkerungskreisen als gänzlich belanglos gelten, und daß sich die dafür verschwendeten Beträge zu riesigen Summen addieren, die unter Berücksichtigung der in zahlreichen Fällen eintretenden Abwälzung der Beitragslasten von der Allgemeinheit aufgebracht werden müssen.

In ganz anderer Weise gehen die jetzt vielfach entstehenden Krankenunterstützungskassen des Mittelstandes vor. So wie die Verhältnisse heute liegen, kann eine schwere und lange Erkrankung eines Familienmitgliedes für diese Leute geradezu den wirtschaftlichen Ruin bringen, so daß eine Art Versiche-

rung dagegen für große Kreise von der höchsten Bedeutung geworden ist. Hauptsächlich sind es Beamtengruppen, die sich zu freiwilligen Unterstützungskassen zusammenschließen, und da hier ein Ausfall an Gehalt nicht in Frage kommt, wenn auch die vielfach unbedingt notwendig gewordenen Nebenbeschäftigungen wegfallen, so handelt es sich nur um den Ersatz der eigentlichen Krankheitskosten. Solange diese Kosten gering sind, können sie ohne große Schwierigkeiten von dem Familienhaupt bezahlt werden; es müssen dann eben andere, nicht ganz dringende Ausgaben vermieden werden. Jedenfalls würde der zu zahlende Beitrag unverhältnismäßig hoch werden, wenn die Kasse jeden kleinen Beitrag sofort übernehmen würde, so daß damit niemandem gedient würde. Erst bei einer bestimmten Höhe der Kosten ist ein Einspringen der Kasse von Bedeutung.

Demgemäß vergüten diese Mittelstandskassen gar nichts, solange die direkten Krankheitskosten der versicherten Familie in einem Jahr etwa unter 500 Mk. bleiben; bei Kosten, die in einem Jahr zwischen 500 und 1000 Mk. liegen, wird die Hälfte von der Kasse übernommen, bei 1000 bis 2000 Mk. 60 v. H. und so mit je 1000 Mk. Unterschied um je 10 v. H. steigend, so daß erst bei Kosten, die in einem Jahr 5000 Mk. überschreiten, die Kasse den vollen Betrag zurückerstattet. Die Zahlen schwanken selbstverständlich bei den einzelnen Kassen etwas, doch sind die im vorstehenden genannten ziemlich häufig. Es ist auf die Weise möglich, daß die Kassen mit einer verhältnismäßig niedrigen Versicherungsprämie arbeiten, die zurzeit gewöhnlich noch unter 100 Mk. für das Jahr und die Person beträgt.

Das Verfahren läßt sich mit Leichtigkeit auch auf die Arbeiter- und Ortskrankenkassen übertragen, natürlich in veränderter Form. So dürfte die Vergütung der Kosten nicht erst am Schluß des Kassenjahres stattfinden, und man wird an dem Grundsatz festhalten, daß die ärztliche Behandlung und auch die Medikamente dem Arbeiter frei geliefert werden.

Es wäre ein ganz erheblicher Gewinn der ganzen Volkswirtschaft, wenn etwa in der ersten Woche einer Krankheit kein Krankengeld gezahlt würde, in der zweiten Woche nur die Hälfte des Krankengeldes der betreffenden Klasse, in der dritten drei Viertel und erst von der vierten Woche an der volle Betrag. Der Erfolg dieser Maßnahme wäre unfehlbar der, daß die ganze Buchführung der Kasse, die Beaufsichtigung der Kranken usw. sehr erheblich vereinfacht, daß die jetzt viel zu hohen Beiträge auf ein erträgliches Maß zurückgeschraubt werden könnten und trotzdem die Kassen noch mehr Mittel für die Heilung und Unterstützung der ernstlich Kranken zur Verfügung haben würden. Nicht zu unterschätzen wäre ferner der Gewinn an der moralischen Kräftigung der betreffenden Kreise."

Hierzu ist zu bemerken: Ganz so leicht und unbedenklich, wie der Herr Verfasser meint, würde die vorgeschlagene Uebertragung des Verfahrens auf die Krankenkassen der RVO. keineswegs sein. Sie würde einen bedenklichen Anreiz für die Versicherten erzeugen, lieber acht Tage als nur eine Woche, lieber 14 Tage als nur zwei Wochen usw. krank zu sein. Auch wie „die Buchführung der Kasse und die Beaufsichtigung der Kranken usw." (?) erheblich vereinfacht werden würde, ist nicht einzusehen, wenn der Versicherte für die erste Woche zwar Krankengeld nicht beziehen, aber ärztliche Behandlung und Heilmittel auf Kosten der Kasse erhalten soll — was doch wohl bedingen würde, daß der Krankheitsfall gemeldet, von der Kasse gebucht werden und ihr auch das Recht der Beaufsichtigung des Kranken von der Krankmeldung an zustehen müßte.

Beantwortung von Anfragen.

Den Beziehern der „Arbeiter-Versorgung" erteilen wir Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet gegen eine der fortschreitenden Geldentwertung angemessene und von Fall zu Fall festzusetzende Vergütung bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung dazu oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Die Veröffentlichung an dieser Stelle behalten wir uns vor.

Versetzung freiwillig Beigetretener in eine höhere Stufe ist unzulässig.

1. Nach Berlin. Antwort: Der auf § 7 des Ges. v. 28. 12. 21 (RGBl. 1922 S. 5, ArbVers. 1922 S. 39) beruhende § 313a RVO., betreffend die **Versetzung in eine höhere Klasse oder Stufe, bezieht sich nur auf die nach § 313 freiwillig Weiterversicherten, also nicht auch auf Personen, die der Kasse gemäß §§ 176, 310 freiwillig beigetreten sind. Für diese gilt lediglich § 180 RVO., insbesondere auch dessen Abs. 5. Auf die Anfrage einer Kasse hat sich der Reichsarbeitsminister im gleichen Sinne geäußert und hinzugefügt: „Es dürfte danach Sache der Satzung sein, dafür zu sorgen, daß Veränderungen der Einkommensverhältnisse solcher freiwilligen Mitglieder auch in dem für sie maßgebenden Grundlohn zum Ausdruck kommen".**

Einfluß einer Aenderung der Lohnstufen auf Bemessung des laufenden Krankengeldes.

2. Nach Schweinfurt. Antwort: Der Versicherte war am Tage des Inkrafttretens der neuen Lohnstufeneinteilung bereits länger als 14 Tage krank und arbeitsunfähig. Er hatte daher von diesem Tage ab nach § 2 Abs. 2 Verordnung v. 12. 9. 22 (RGBl. I S. 724, ArbVers. S. 456) Anspruch auf das seinem neuen Grundlohn entsprechende Krankengeld. Unter dem „neuen" Grundlohn ist der Grundlohn derjenigen Stufe der neuen Ordnung zu verstehen, in welche der Versicherte nach dem Entgelt gehört, den er im Zeitpunkt seiner Erkrankung bezogen hat, denn dieser Entgelt bleibt die Grundlage für die Feststellung des Grundlohns und für die Entstehung des Anspruchs auf Krankengeld (§ 180 RVO.; Entsch. des RVA. 2342 Amtl. Nachr. 1917 S. 462, ArbVers. 1917 S. 585). Hiergegen sind allerdings beachtenswerte Bedenken erhoben worden, indem geltendgemacht wird, daß es dem Zwecke der Krankengeldleistung entspreche, diese nach dem zur Zeit der Arbeitsunfähigkeit maßgebenden Lohnverhältnissen zu bemessen (zu vgl. ArbVers. 1922 S. 184, 252). Wollte man sich aber auf diesen Standpunkt stellen, so ergibt sich wieder ein anderes Bedenken, nämlich dann, wenn beim späteren Eintritt oder im Verlaufe der Arbeitsunfähigkeit das Lohnarbeitsverhältnis bereits gelöst und der Versicherte nur noch auf Grund des § 311 oder des § 313 Mitglied geblieben ist. In diesen Fällen läßt sich nach dem geltenden Gesetze nichts anderes annehmen, als daß der Versicherte — abgesehen von den durch

§ 313a RVO. gegebenen Möglichkeiten einer Versetzung — in seiner bisherigen Lohnstufe Mitglied bleibt, wie es im § 313 ausdrücklich bestimmt und für den Fall des § 311 gleichfalls daraus herzuleiten ist, daß der Arbeitsunfähige einen Arbeitsentgelt, der für eine neue Grundlohnfestsetzung maßgebend sein könnte, eben nicht mehr bezieht. Die Annahme, daß in solchen Fällen für die Bestimmung des Grundlohns der Entgelt maßgebend sei, den ein gleichartiger Arbeiter zur gleichen Zeit verdiene, ist willkürlich. Daß der Versicherte, wenn er nicht arbeitsunfähig wäre, voraussichtlich ebensoviel verdienen würde wie seine gleichartigen Arbeitsgenossen, kann eine Abweichung von den Vorschriften des § 180 RVO., wonach es auf den tatsächlichen Verdienst des Versicherten ankommt, nicht rechtfertigen.

Einstufung Weiterversicherter bei Aenderung der Lohnstufenordnung (§§ 180, 312, 313a RVO.).

3. **Nach Fr.** Antwort: § 2 Abs. 2 der Verordnung über Grundlöhne bei den Krankenkassen vom 12. 9. 22 (RGBl. I S. 724, ArbVers. S. 456) betrifft nur die Frage, nach welchem Grundlohn unter den dort angegebenen Voraussetzungen die Kassenleistungen zu bemessen sind. Wie dagegen der Grundlohn des einzelnen Versicherten festzusetzen ist, das ist eine Frage für sich, die nach § 180 RVO. und, sofern es sich um Weiterversicherte handelt, nach § 313 und § 313a RVO. in der Fassung des § 7 des Ges. vom 28. Dez. 21 (RGBl. I 1922 S. 5, ArbVers. 1922 S. 39) zu beantworten ist. Nach § 313 RVO. kann, unter den dort bestimmten Voraussetzungen, der aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung Ausscheidende „in seiner Lohnstufe“, also in derjenigen Stufe, der er bisher angehört hatte und die sich nach seinem bisherigen Entgelt bestimmte (§ 180 RVO.), Mitglied bleiben. Wird nun nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht die Lohnstufenordnung der Kasse geändert, so ist der Weiterversicherte nicht etwa derjenigen Stufe zuzuteilen, die der Nummer nach mit seiner bisherigen Lohnstufe übereinstimmt, und er kann namentlich auch nicht beanspruchen, lediglich deshalb, weil er bisher in der höchsten Stufe der alten Lohnstufenordnung versichert war, nun auch der höchsten Stufe der neuen Ordnung zugeteilt zu werden; sondern er gehört in diejenige Stufe der neuen Ordnung, die seinem beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bezogenen Entgelt entspricht (zu vgl. Grunow in ArbVers. 1918 S. 182, 183; ArbVers. 1920 S. 380 Ziff. 16). Erscheint das nach den Umständen des Falles unbillig, so „kann“ der Vorstand nach § 313a Satz 2 die Versetzung des Weiterversicherten in eine höhere Stufe „auch ohne seine Zustimmung“ anordnen, wenn seine Beiträge in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm zu gewährenden Leistungen stehen. Mit Zustimmung des Weiterversicherten kann ihn die Kasse jedenfalls in eine höhere Stufe versetzen (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1922 S. 37).

Ersatzansprüche gegen die Krankenkasse wegen der einem versicherten Kriegshinterbliebenen gewährten sozialen Fürsorge?

4. **Nach W.** Antwort: Der Lehrling D. ist als „Kriegerwaise“ wegen Lungenkatarrhs in ein Landkrankenhaus aufgenommen und die hierdurch entstandenen Kosten sind auf die soziale Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge übernommen worden. Diese Fürsorge ist geregelt durch die Reichsverordnung v. 8. Febr. 1919 (RGBl. S. 187) und durch das Gesetz v. 8. Mai 1920 (RGBl. S. 1066). Danach fallen die Kosten zu 4/5 dem Reich, zu 1/5 den Ländern und den Selbstverwaltungskörperschaften zur Last. In Preußen trägt die Gemeinde nur 1/10 der Kosten. Der Magistrat verkennt selbst nicht, daß in der Uebernahme dieses Kostenteils durch die Gemeinde ein Armenpflegeakt im eigentlichen Sinne und insbesondere im Sinne der §§ 1531 ff. RVO. nicht vorliegt; aber er regt die Frage an, ob nicht gleichwohl die Gemeinde wegen ihrer Aufwendungen einen im Spruchverfahren der RVO. (§ 1540) verfolgbaren Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse hat, welcher der Lehrling als Mitglied angehört und gegen die ihm wegen seiner Arbeitsunfähigkeit während des Kuraufenthalts Anspruch auf das satzungsmäßige Krankengeld zusteht. Hierüber liegen widersprechende Entscheidungen vor. Das Oberversicherungsamt Magdeburg hat in einer Entsch. v. 22. Okt. 1921 (ArbVers. 1922 S. 88) die Frage bejaht, indem es die Fürsorgestelle für Kriegswitwen und Kriegswaisen als Einrichtung des Armenverbandes ansah. Die Begründung ist nicht überzeugend; überwiegend wird die gegenteilige Auffassung vertreten. So vom OVA. Merseburg in einer Entsch. v. 2. 3. 17 (ArbVers. 1917 S. 328) und vom OVA. Groß Berlin in einer Entsch. v. 27. 6. 19 (ArbVers. 1919 S. 707), sowie in der dort angeführten Entsch. des RVA. v. 19. 2. 18 (Nr. 2455 Amtl. Nachr. 1918 S. 344), deren Begründung wir für überzeugend und auch auf den vorliegenden Fall für zutreffend erachten. Indem wir hierauf verweisen, möchten wir nur noch betonen, daß alle Maßnahmen der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge unter dem Gesichtspunkt der Erfüllung einer besonderen Ehrenpflicht des Reichs, der Länder und der Gemeinden zu betrachten und deshalb von der allgemeinen Pflicht der Armenverbände und Gemeinden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen grundsätzlich zu scheiden sind. Deshalb halten wir auch eine „entsprechende“ Anwendung der §§ 1531 ff., 1540 RVO. im vorliegenden Falle für ausgeschlossen. Dem Lehrling verbleibt der Anspruch auf Krankengeld gegen die Kasse. Auch aus irgendwelchen anderen Rechtsgründen läßt sich ein Anspruch der Gemeinde gegen die Kasse nicht herleiten. Ebenso ist die vom Magistrat angeregte weitere Frage, ob der Reichsfiskus Ersatzansprüche gegen die Kasse erheben und im ordentlichen Rechtswege verfolgen kann, zu verneinen. Die Kasse war zur Gewährung der Krankenhauspflege, die ja nach § 184 RVO. in ihrem Ermessen steht, nicht verpflichtet. Indem dem Versicherten diese Fürsorge von anderer Seite gewährt wurde, wurde die Kasse allerdings von ihrer Pflicht zur Gewährung von Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Heilmittel, § 182 Ziff 1 RVO.) entlastet, und es blieb nur der Anspruch des Lehrlings auf Krankengeld bestehen. Aber das Reich, das Land und die Gemeinde haben durch die Gewährung der sozialen Fürsorge in der Gestalt der Krankenhauspflege oder durch Uebernahme anteiliger Kosten nicht eine Pflicht der Kasse erfüllt, und das Reich kann daher ebensowenig wie die anderen beteiligten Stellen einen bürgerlichrechtlichen Anspruch — etwa aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigte Bereicherung (§§ 677 ff., 862 ff. BGB.) — gegen die Kasse geltend machen.

a) Mindestsatz der ärztlichen Taxe für einen Totenschein. b) Weiterversicherung der Erwerbslosen durch die Gemeinde als öffentlichrechtliche Pflicht.

5. **Nach M.** Antwort. a) Da die Polizeiverordnung die Zulässigkeit der Bestattung ausdrücklich von der Vorlegung eines vom Arzt auszustellenden Totenscheins abhängig macht, gehören die Kosten der Beschaffung dieses Scheines zu den „Kosten des Begräbnisses“, die nach § 203 RVO. aus dem Sterbegelde, also in jedem Falle von der Kasse, die dies

Sterbegeld zu zahlen hat, zu berichtigen sind. Deshalb ist auch auf den Gebührenanspruch des Arztes für die Ausstellung des Totenscheins der § 2 Abs. 1 der ärztlichen Gebührenordnung anzuwenden, wonach die Mindestsätze der Taxe gelten, wenn die Zahlung „aus den Mitteln" einer Krankenkasse zu leisten ist.

b) Der § 12a der Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge legt im Abs. 1 der Gemeinde die zwingende Pflicht auf, die Weiterversicherung der Erwerbslosen herbeizuführen. Im Anschluß hieran schreibt allerdings Abs. 2 vor, daß die Gemeinde, falls sie jene Pflicht versäumt und der Erwerbslose hierdurch den Anspruch auf „Krankenhilfe" verliert, ihm die gleiche oder eine gleichwertige „Krankenhilfe" zu gewähren hat. Das ist aber, gegenüber dem umfassenden Anspruch im Falle rechtzeitiger Weiterversicherung, eine sehr eingeschränkte Leistung, da die Erwerbslosen hiernach einen Anspruch gegen die Gemeinde auf Wochenhilfe, Sterbegeld, Familienhilfe **nicht** haben. Deshalb darf der Abs. 2 nur dahin verstanden werden, daß er zwar den Anspruch des Erwerbslosen im Falle der Versäumnis der Gemeinde begrenzt, dagegen die im Abs. 1 festgestellte öffentlich-rechtliche Pflicht zur Weiterversicherung der Erwerbslosen unberührt läßt. Die Gemeinden dürfen nicht grundsätzlich diese Pflicht außer acht lassen und sich nur auf die Leistungen der Krankenhilfe nach Abs. 2 beschränken. Zur Erfüllung jener Pflicht sind die Gemeinden nötigenfalls durch die Gemeindeaufsichtsbehörde anzuhalten.

Neben dem Pauschbetrag von 3/8 des Grundlohns (§222 RVO.) kann nicht besonderer Ersatz ärztlicher Untersuchungskosten verlangt werden.

6. **Nach Lohr a. M.** Antwort: Auf Grund des Ersuchens um Aushilfe nach § 219 RVO. tritt die ersuchte Kasse hinsichtlich der Krankenhilfe an die Stelle der ersuchenden. Die ersuchte Kasse hat insbesondere nach eigenem Ermessen darüber zu befinden, ob zunächst noch eine ärztliche Untersuchung des ihr überwiesenen Versicherten notwendig erscheint, und welchen Arzt sie gegebenenfalls damit betrauen will. Daß die ersuchende Kasse angeregt hatte, zunächst eine „Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt" vornehmen zu lassen, war für die ersuchte Kasse durchaus unverbindlich. Hat sie dieser Anregung entsprochen, so bildet die Untersuchung durch den Arzt einen Teil der Krankenpflege, deren Kosten durch den Pauschbetrag von 3/8 des Grundlohns nach § 222 RVO. abgegolten werden. Die ersuchte Kasse kann daher für jene Untersuchung nicht noch besonderen Kostenersatz beanspruchen.

Versicherungspflicht eines Bautechnikers? Hauptberuf; vorübergehende Dienstleistung.

7. **Nach C. (OKK.).** Frage: Ein Bautechniker ist seit Jahren mit einem Monatsverdienst von 125 Mark gemeldet. Die Beschäftigung soll durchschnittlich in jeder Woche drei Tage stattfinden. Eine Erhöhung des Gehaltes ist nicht erfolgt. Wir haben nunmehr Versicherungspflicht bestritten, weil nicht mehr von einem Beschäftigungsverhältnis im „Hauptberufe" (§ 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO.) gesprochen werden kann, mindestens aber die Tätigkeit als vorübergehende Dienstleistung im Sinne des § 168 RVO. (Bekanntm. v. 17. 11. 1913, RGBl. S. 756, Abs. 1 Nr. 3) betrachtet werden muß. Der Ortslohn beträgt 30 M., 1/3, also 10 M. werktäglich. Unter „Hauptberuf" verstehen wir eine Tätigkeit, die den Beschäftigten voll und ganz in Anspruch nimmt, so daß er in der Lage ist, den Lebensunterhalt für sich und gegebenenfalls für seine Angehörigen ganz zu bestreiten (zu vgl. Ziff. 44 der Anleitung des RVA. v. 26. 4. 1912, Amtl. Nachr. S. 720). Nach dieser Rechtslage kann unmöglich von einer Beschäftigung im „Hauptberufe" gesprochen werden, zumal das Gehalt gleichartig Beschäftigter heute monatlich mindestens 7000 bis 8000 M. beträgt. Der gemeldete Lohn von 125 M. monatlich beträgt noch nicht 50 v. H. des Drittels des Ortslohnes. Der Betrag von 125 M. kann daher selbst bei den ungünstigsten Verhältnissen nicht von wirtschaftlicher Bedeutung sein. Deshalb kann die Beschäftigung auch nur als vorübergehend im Sinne des § 168 und der Bek. v. 17. 11. 13 angesehen werden (zu vgl. Entsch. des RVA. 1917 in Amtl. Nachr. 1914 S. 766 ff.). Eine versicherungspflichtige Beschäftigung liegt hiernach nicht vor. Der Versicherte hat lediglich das Recht der freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 RVO. Ist diese Auffassung richtig?

Antwort: Ihre Angaben reichen zu einer sicheren Beurteilung der Rechtslage nicht aus, weil sie weder die Art der Beschäftigung des Bautechnikers noch seine sonstigen Lebensverhältnisse erkennen lassen, obwohl das eine wie das andere für die versicherungsrechtliche Beurteilung wichtig ist. Ein „Techniker" ist nicht schon deshalb, weil er so genannt wird, ein Angestellter in gehobener Stellung im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. Er fällt unter Ziff. 2 nur dann, wenn seine Stellung im Betriebe den Arbeitern, Gehilfen usw. gegenüber eine „gehobene", andererseits aber doch derjenigen der Betriebsbeamten und Werkmeister „ähnlich" ist, d. h. wenn die Beschäftigung sich im Rahmen der mehr materiellen Tätigkeit hält und nicht in das höhere, mehr geistige Arbeitsgebiet übergreift (Komm. Ber. zum Entw. der RVO. IV S. 18; zu vgl. auch v. Schellhorn im Zentr.-Bl. der Reichsvers. 1916 Sp. 202 ff., 231 ff.). Es könnte also sein, daß der Beschäftigte im vorliegenden Falle mit Unrecht der Gruppe unter 2 des § 165 zugerechnet worden und nur etwa als Gehilfe anzusehen ist. Dann käme es nicht darauf an, ob die Beschäftigung seinen Hauptberuf bildet; er wäre dann nach Ziff. 1 schlechthin versicherungspflichtig, falls nicht seine Beschäftigung als vorübergehende Dienstleistung im Sinne des § 168 RVO. und der Bekanntm. v. 17. 11. 13 versicherungsfrei wäre. Unterstellt man aber, daß es sich nach der Art der Beschäftigung wirklich um einen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung im Sinne der Ziff. 2 des § 165 handelt und daß es danach darauf ankommt, ob diese Beschäftigung seinen Hauptberuf bildet, so ist es unrichtig, diese Voraussetzung nur dann als gegeben anzusehen, wenn die Tätigkeit den Beschäftigten „voll und ganz" in Anspruch nimmt und ihn in die Lage setzt, den Lebensunterhalt für sich und gegebenenfalls für seine Angehörigen „ganz" zu bestreiten. Das würde die Annahme eines Hauptberufs z. B. auch dann ausschließen, wenn der Beschäftigte nebenher aus anderer Erwerbstätigkeit oder wenn er aus Kapitalvermögen oder Ruhegehaltsbezügen Einnahmen hat, die in Verbindung mit dem Entgelt für seine Dienstleistungen ihm die Möglichkeit gewähren, seinen Lebensbedarf zu bestreiten. Das ist weder sprachlich noch nach dem Sinne des Gesetzes gerechtfertigt. Wir verweisen auf die Gründe der Entsch. des RVA. 2045, Amtl. Nachr. 1915 S. 578, Arb.-Vers. 1915 S. 589. Danach ist unter „Beruf" eines Menschen eine Tätigkeit zu verstehen, die nicht nur seine Arbeitskraft vollständig **oder hauptsächlich** in Anspruch nimmt, sondern ihn auch einer bestimmten Gesellschaftsklasse zuweist. Im § 165 Absatz 1 Ziff. 2 ist nicht von Beruf, sondern von „Hauptberuf" die Rede. Das kann also auch eine Betätigung sein, neben welcher der Beschäftigte noch andere Hilfsquellen zur Bestreitung seines Lebensbedarfs, sei es einen Nebenberuf oder Kapitalver-

mögen oder sonstige Einnahmen, hat. Unter den gegenwärtigen allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnissen wird man unbedenklich annehmen können, daß eine Erwerbstätigkeit, die dem Techniker nur 125 M. für den Monat einträgt, keinesfalls seine Arbeitskraft vollständig oder auch nur hauptsächlich in Anspruch nehmen und daher nicht als Hauptberuf angesehen werden kann, und wir neigen dazu, dies auch für die vergangenen besseren Zeiten ohne weiteres anzunehmen, zumal die Beschäftigung nur „durchschnittlich in jeder Woche an drei Tagen" stattfindet. Danach würde davon auszugehen sein, daß Versicherungspflicht nicht auf Grund der Ziff. 2, sondern auf Grund der Ziff. 1 des § 165 Abs. 1 RVO. in Frage kommen kann, und auch diese würde für die Gegenwart, in Uebereinstimmung mit Ihnen, unbedenklich zu verneinen sein, weil der Entgelt von 125 M. zum Lebensunterhalt nicht ausreicht und die nur an etwa drei Tagen wöchentlich stattfindende Beschäftigung deshalb als vorübergehende Dienstleistung im Sinne des § 168 RVO. und der Bekanntm. v. 17. 11. 13 Ziff. 13 versicherungsfrei ist. Unter günstigeren allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnissen der Vergangenheit kann sich die Sache freilich anders verhalten haben; aber der Zeitpunkt, in welchem sich diese Verhältnisse so wesentlich geändert haben, daß nunmehr eine abweichende Beurteilung geboten, der Beschäftigte also nicht mehr versicherungspflichtig und nur noch zur freiwilligen Weiterversicherung nach § 313 RVO. berechtigt war, wird sich auch nur mit annähernder Sicherheit kaum feststellen lassen. Deshalb und weil die Kasse den Techniker „seit Jahren" als versicherungspflichtig angesehen und unbeanstandet die Beiträge für ihn angenommen hat, sehen wir keinen anderen Ausweg, als daß die Kasse ihm jetzt mitteilt, sie sehe die Versicherungspflicht und seine Pflichtmitgliedschaft hiermit als beendet an und stelle ihm anheim, in gehöriger Frist und Form von seinem Rechte der Weiterversicherung nach § 313 RVO. Gebrauch zu machen. Das dürfte auch der Billigkeit entsprechen und ähnlichen Erwägungen wie diejenigen, die der Vorschrift des § 315 RVO. zugrunde liegen (zu vgl. Begr. zu § 327 des Entw. S. 197).

Für die Feststellung der Lohnstufe ist nur der vereinbarte Lohn maßgebend, auch wenn er unverhältnismäßig gering sein sollte.

8. **Nach Th.** Frage: In einigen Gemeinden des Kreises, in denen die hiesige Kasse zuständig ist, besteht in den landwirtschaftlichen Betrieben fur eine Gruppe von Arbeitnehmern, zumeist Arbeiterinnen, ein Lohnsystem, daß nicht nur für die beteiligten Arbeitnehmer, sondern auch für die Kasse äußerst ungünstig ist. In diesen Betrieben werden in den Sommermonaten eine Anzahl Frauen mit Hacken von Kartoffeln, Heuernte usw. beschäftigt. An Entgelt für ihre Arbeit bekommen diese Arbeitnehmer einen Barlohn von 2 bis 3 Mk. pro Stunde, und außerdem pflügt der Arbeitgeber ihnen im Frühjahr einen Morgen Kartoffelacker um. Das Umpflügen des Ackers rechnet der Arbeitgeber den Arbeitnehmern auf den Barlohn an; in welcher Höhe, ist uns in den einzelnen Fällen nicht bekannt. Es kommt aber vor, daß Arbeitnehmer am Schluß des Beschäftigungsverhältnisses keinen Barlohn bekommen, sondern noch einen Restbetrag für das Pflügen des Ackers bezahlen müssen. Bei der Kasse bestehen nun Zweifel darüber, welcher Arbeitslohn für die Zuteilung der Lohnstufen in Frage kommt. Wir bitten um Auskunft hierüber und auch über die Frage, wie sich die Kasse eventuell gegen die durch dieses Lohnsystem bedingte äußerst niedrige Einstufung der Arbeitnehmer wehren könnte.

Antwort: Als Entgelt im Sinne des § 165 RVO. erhalten die Arbeiterinnen nur den Barlohn. Das Umpflügen des Ackers durch den Arbeitgeber kommt dabei in keiner Weise in Betracht, da diese Leistung des Arbeitgebers nicht zu dem Barlohn hinzutritt, sondern vielmehr auf den Lohn angerechnet wird. Immer ist es also nur der vereinbarte Lohnbetrag, den die Arbeiterinnen für ihre Dienste teils bar, teils in Gestalt einer Sachleistung empfangen. Daß dieser Lohn nach Ansicht der Kasse unverhältnismäßig gering ist, ist eine Angelegenheit, welche nur die an dem Beschäftigungsverhältnisse Beteiligten, also die Arbeiterinnen und den Arbeitgeber angeht. Der Kasse steht eine Einwirkung auf die Gestaltung dieses Lohnarbeitsverhältnisses nicht zu.

Einwirkung einer kurz vor der Niederkunft gemeldeten Lohnänderung auf die Bemessung des Wochengeldes.

9. **Nach Waldfischbach.** Frage: Eine Wöchnerin kam am 3. August 1922 nieder. An demselben Tage reichte der Arbeitgeber eine Lohnänderung ein, wonach die Wöchnerin ab 31. Juli von Lohnstufe X in Lohnstufe XII zu versetzen sei. Ein Lohnbuchauszug bestätigte die Richtigkeit dieser Meldung. Es ist bei uns an der Tagesordnung, daß Wöchnerinnen kurz vor der Niederkunft noch höher gemeldet werden. Die Art der Beschäftigung (Heimarbeit, wobei auch noch andere mithelfen können), läßt dies leicht zu. Nun gewähren wir die Wochenhilfe schon 4 Wochen vor der Niederkunft. Die Wöchnerin ist also 4 Wochen vorher schon von den Beiträgen zu befreien. Ich bitte um Mitteilung, ob wir die Lohnänderungen in den letzten Wochen noch berücksichtigen und den Wöchnerinnen die Leistungen nach höheren Lohnstufen gewähren müssen, trotzdem gar keine Beiträge mehr geleistet werden.

Antwort: Ob für die Wöchnerin in den Wochen vor der Niederkunft noch Beiträge zu entrichten waren oder ob Beitragsfreiheit auf Grund des § 383 Abs. 2 RVO. bestand, ist für die Frage der Lohnstufenzugehörigkeit und der Bemessung des Kassenleistungen allerdings grundsätzlich ohne Belang. Hierfür kommt es nur auf die tatsächliche Höhe des Lohnes an (§ 180 RVO.). Der Anspruch auf Wochengeld bemißt sich nach den Verhältnissen zur Zeit der Niederkunft, auch soweit diese Leistung für Wochen vor der Niederkunft gewährt wird (§ 195a Abs. 1 Ziff. 3; zu vgl. ArbVers. 1922 Heft 5 S. 78 Ziff. 3). Deshalb würde hierbei auch eine erst in den letzten Wochen vorher eingetretene Lohnerhöhung in Betracht kommen, falls nicht etwa Grund für die Annahme vorliegt, daß es sich nur um eine Vorspiegelung zum Zwecke der Erlangung höherer Bezüge handelt. Zu beachten ist aber § 318 Abs. 3 RVO., wonach bei einer Lohnänderung sich die Lohnstufe erst „mit der nächsten Beitragszahlung" ändert, wenn nicht die Satzung anders bestimmt. Falls also Ihre Satzung nicht „anders bestimmt", würde die Lohnänderung für die Feststellung der Lohnstufe und folglich auch für die Bemessung des Wochengeldes außer Betracht bleiben, weil ja während des Bezugs des Wochen- und des Schwangerengeldes eine Beitragszahlung nach § 383 RVO. nicht stattfindet.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. G. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; G. h. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1372 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 1. Dezember 1922 | Heft 34

Die Erwerbslosenfürsorge und die Krankenkassen.

Von Stadtrat H. von Frankenberg in Braunschweig.

Ihrem inneren Wesen nach haben die Krankenkassen eigentlich mit der Erwerbslosenfürsorge nichts zu tun, weil sie auf Unterstützung bei Krankheit, Wochenbett und Todesfall eingestellt sind. Die natürliche Entwicklung der Dinge ist aber bekanntlich stärker als die Macht des Paragraphenzwanges und hat es mit sich gebracht, daß über den ursprünglichen Rahmen hinaus die Leistungen der Versicherungsträger oft mittelbar auch für solche Gruppen in Anspruch genommen werden, auf die man die Einrichtung nicht zugeschnitten hatte. Wer den Betrieb der Krankenkassen in den wechselnden Jahreszeiten kennt, der weiß genau, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem gelegentlichen Tiefstande des Arbeitsmarktes und der Hochflut von Anforderungen an die Kassenverwaltungen besteht. Sobald im Winter der Bauarbeiter nicht mehr ausreichende Beschäftigung findet, sobald in Wald und Feld die lohnende Tätigkeit abflaut, schwillt bei den Krankenkassen die Zahl der Krankmeldungen und Krankengeldzahlungen an. Es soll anerkannt werden, daß sich infolge des Einflusses der rauhen Witterung auf die Atmungsorgane, auf die zu Rheumatismus neigenden Muskeln und Glieder unter den Meldungen eine ansehnliche Reihe von „echten" Fällen findet, die nach Ursache und Erscheinung selbst der strengsten Nachprüfung standhalten; ebensowenig wird man aber leugnen können, daß viele Versicherte der Untersuchung schwer widerstehen, die günstige Gelegenheit wahrzunehmen und aus Mangel an Arbeitsverdienst eine an sich unbedeutende Störung ihres gesundheitlichen Wohlbefindens benutzen, um aus der Krankenkasse Zuwendungen zu erhalten, deren Berechtigung manchem Zweifel begegnet. Da die Kassen heute schwer um ihren Fortbestand kämpfen müssen und jede unnötige Ausgabe zu vermeiden gezwungen sind, so verdient es sehr ernstlich überlegt zu werden, wie sie sich am besten gegen Mißbrauch schützen. Dazu gehört in erster Reihe ein sorgfältiges Zusammenwirken zwischen der Kasse und den Aerzten, ferner ein planmäßiger Ausbau der Krankenaufsicht und endlich ein entschlossenes Vorgehen in allen Fällen, in denen die Absicht klar zutage getreten ist, aus den Mitteln der Krankenkasse ohne gesetzlichen Grund Beihilfen zu schöpfen.

Der alte Streit, ob der Kassenarztzwang oder die freie Arztwahl den Vorzug verdient, soll hier nicht aufs neue wachgerufen werden. Es leuchtet zwar ein, daß ein Arzt, auf den in ständiger Wiederkehr derselbe Kranke angewiesen ist, allmählich einen Schatz von Menschenkenntnis aus Erfahrung sammelt, der nützlich für die Kasse und für die Feststellung der Wahrheit verwertet werden kann. Immerhin muß man zugestehen, daß Beobachtungsgabe und Gerechtigkeitssinn sich auch ohne festes, dauerndes Vertragsverhältnis der Kasse gegenüber betätigen können, und daß deshalb ein tüchtiger Arzt überall auf dem Gebiete der Sozialversicherung ein willkomme-

ner Helfer für die einwandfreie Ermittelung des Tatbestandes ist. Er wird gerade in den Uebergangszeiten, in denen Erwerbslose am ehesten durch Uebertreibung oder Erdichtung von Beschwerden sich Krankengeld zu verschaffen suchen, um so mehr auf der Hut sein, um sich nicht hinters Licht führen zu lassen. Allmählich bildet sich bei dieser prüfenden Aufgabe eine gewisse Fertigkeit aus, bei der dieses und jenes Auskunftsmittel erprobt ist, um Täuschungen zu vermeiden.

Ohne die **Krankenaufsicht** wären die Kassen rettungslos in die Hand der Versicherten gegeben und müßten es sich gefallen lassen, wie deren größere oder geringere Gewissenhaftigkeit die Satzungen auslegt und die Krankenordnung handhabt. Wenn es gelingt, zwischen Arbeitgeber und Kasse mit Hilfe des Fernsprechers Fühlung zu nehmen, so daß über die Ursache des Dienstaustritts Aufklärung geschaffen wird, dann kann daraus häufig ein Rückschluß auf die Triftigkeit der Angaben des Kassenmitgliedes gezogen werden. Man kann es vom Arzte beim besten Willen nicht verlangen, daß er mit untrüglicher Sicherheit seine Entscheidung trifft, wenn die bekannten „subjektiven" Klagen an ihn herantreten; hier muß die Nachprüfung durch die Krankenüberwachung ergänzend eingreifen und sich den Verhältnissen des Einzelfalles anpassen. Es bedeutet nicht eine kleinliche Schnüffelei und Drangsalierung der Beteiligten, sondern berechtigte Gegenwehr gegen Ausbeutung, wenn die Kassen durch Anlage einer **Krankenkartei** und durch Eintragung kennzeichnender Tatsachen in deren Feldern für die Erleichterung des Ueberwachungsdienstes sorgen.

Nicht jeder Kranke, der reichlich viel klagt, braucht deshalb als Betrüger und Simulant hingestellt zu werden. Ist aber aus den begleitenden Umständen mit Gewißheit die rechtswidrige Absicht der Kassenschädigung zu folgern, dann würde es verfehlt sein, immer wieder ein Auge zuzudrücken und den Mißbrauch der segensreichen Einrichtung über sich ergehen zu lassen. Schon um des warnenden Beispiels willen muß sich die Kasse gegen die „Stammgäste" zu verteidigen bemüht sein, die sich kein Gewissen daraus machen, Jahr für Jahr mit allerhand Leiden sich Krankengeld zu verschaffen und hinterher wohl noch im Bekanntenkreise damit zu prahlen, daß man es nur richtig anfangen müsse, um über die stille Zeit gut hinwegzukommen.

Seit im November 1918 das **Reich** die Erwerbslosenfürsorge in Angriff genommen hat, ist die Sache zum Teil in ein anderes Fahrwasser gekommen, die Krankenkassen sind dadurch entlastet, und es ist eine neue Veranstaltung an die Stelle getreten. Wir dürfen darin den Vorläufer für die geplante **Arbeitslosenversicherung** erblicken, und werden, nachdem am 1. Oktober 1922 das Arbeitsnachweisgesetz mit seinem zielbewußten, dreifach gegliederten und sachlich gesonderten Aufbau der Arbeitsämter in Kraft getreten ist, voraussichtlich bald eine feste, finanziell wertvolle Grundlage für die Regelung erhalten. Es wird vielen unserer Leser erinnerlich sein, daß die Reichsregierung früher eine enge Anlehnung der Arbeitslosenversicherung an die Krankenkassen geplant hatte. Der lebhafte unberechtigte Widerspruch, den dieser Gedanke nicht nur in Kassenkreisen, sondern auch bei den Gemeinden und anderen sozial tätigen Körperschaften fand, hat erfreulicherweise dazu Anlaß gegeben, einen anderen Weg einzuschlagen und die Durchführung in nahe Verbindung mit den örtlichen Arbeitsnachweisen zu bringen, die — durch ihren Ueberblick über den Arbeitsmarkt und durch ihre Kenntnis der Persönlichkeit der Arbeitsuchenden — Spreu von Weizen zu unterscheiden trefflich in der Lage sind. Die Frage, ob ein Erwerbsloser mit oder ohne genügenden Grund eine ihm angebotene Beschäftigung zurückgewiesen hat, kann von ihnen am besten beantwortet werden; nichts ist deshalb natürlicher, als daß man ihnen selbst oder einer an sie angegliederten Geschäftsstelle, die von ihnen jeden Augenblick sichere und erschöpfende Auskunft über den Einzelfall zu verlangen vermag, die Entscheidung über die Gewährung der Erwerbslosenunterstützung anvertraut. Das schließt nicht aus, die Krankenkassen an der **Beitragserhebung**, also an einer auf anderem Gebiete

liegenden Vorarbeit, zweckmäßig zu beteiligen, ja, es darf wohl hervorgehoben werden, daß sich in unseren Tagen, in denen man mit Menschenkräften, Räumen, Papier usw. haushälterisch umzugehen allen Anlaß hat, die Zusammenlegung des Hebegeschäfts dringend empfiehlt. Mit der Einziehung der Invalidenbeiträge durch die Krankenkassen sind seit über dreißig Jahren so günstige Erfahrungen gemacht, daß es sehr erklärlich ist, wenn die gleichartige Möglichkeit zu gunsten der Erwerbslosenversicherung auf das ganze Reich ausgedehnt wird. Unbedingt muß dabei verhütet werden, daß jemand zu gleicher Zeit Krankengeld und Erwerbslosenbeihilfe erhalten kann. Das eine schließt das andere aus. Es wird nicht genügen, sich unter Bezug auf den Betrugsparagraphen darauf zu verlassen, daß auf Befragen jedermann richtige Auskunft über den Empfang von Leistungen aus irgendeiner Sozialversicherung machen werde, sondern es muß durch schriftlichen Austausch der Anwärterlisten und nach Bedarf durch deren mündliche Ergänzung dem Mißbrauch ein Riegel vorgeschoben werden. Die wohltätige Bestimmung des § 214 RVO. über die Wahrung der Anwartschaft Erwerbsloser auf Krankenunterstützung ist nur dann aufrecht zu erhalten, wenn dem Doppelbezuge entgegengearbeitet wird. Je mehr im übrigen der gesunde und richtige Gedanke des Kassenzwanges trotz aller Hemmungen und Quertreibereien anerkannt wird, desto leichter läßt es sich durchführen, daß die Erwerbslosenfürsorge auf die ihr zugeteilten Fälle beschränkt und nicht willkürlich einem Nachbarbereiche, nämlich der Krankenversicherung dienstbar gemacht wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur versicherungsrechtlichen Stellung der Schneiderinnen, die in der Wohnung ihrer Kunden arbeiten.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 4. Juli 1922 (2713 Amtl. Nachr. 1922 S. 397).

Das Reichsversicherungsamt hat unter Billigung der vom Bundesrat am 27. November 1890 für die Versicherungspflicht von Wäscherinnen, Plätterinnen, Schneiderinnen und Näherinnen aufgestellten Grundsätze in ständiger Rechtsprechung angenommen, daß solche Personen, die als Schneiderinnen oder Näherinnen Wäsche oder Kleidungsstücke bearbeiten oder herstellen, in der Regel versicherungspflichtig sind, wenn sie diese Arbeiten in den Wohnungen ihrer Kunden verrichten und nicht regelmäßig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen. Im Gegensatze hierzu sind in gleicher Weise beschäftigte, von Haus zu Haus gehende männliche Schneider, falls nicht besondere Verhältnisse des einzelnen Falles eine abweichende Beurteilung erfordern, als selbständige Gewerbtreibende und daher als nicht versicherungspflichtig angesehen worden (zu vgl. Ziff. 60 der Anleitung über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 und die dort bezeichneten Entscheidungen). Diese unterschiedliche versicherungsrechtliche Beurteilung der Tätigkeit von Hausschneidern und -schneiderinnen ist in der Revisionsentscheidung (236 (Amtl. Nachr. des R. V. A. J. u. A. V. 1893 S. 81) insbesondere damit begründet, daß erwerbstätige Personen weiblichen Geschlechts bei einer Beschäftigung, die sich im Rahmen eines fremden Haushalts abspiele, anders als Männer sich in die Hausordnung und die Leitung des Haushaltungsvorstandes einfügten. Hierzu komme, daß sie mit dem Schneidern eine ihnen im gewissen Sinne angeborene und von jung auf ausgebildete Fähigkeit dem Arbeitgeber zur Verfügung stellten. Dagegen handle es sich bei männlichen Schneidern mehr um eine handwerksmäßige Fertigkeit, die besonders erlernt werden müsse. In der Tat hätten auch die in Frage kommenden Hausschneider meist früher ihr Gewerbe in größerem Umfang, mit Gesellen und Lehrlingen, betrieben, führten häufig den Meistertitel und träten auch im übrigen als selbständige Unternehmer auf. Diese Gesichtspunkte rechtfertigen auch unter den jetzigen veränderten Zeitumständen eine verschiedene Behandlung der beiden Geschlechter in der Frage der Versicherungspflicht der Hausschneiderei, wenn auch zuzugeben ist, daß die Stellung der erwerbstätigen Frau sich gegen früher wesentlich geändert hat. Die Tätigkeit der sogenannten Störschneider wird nur noch selten ausgeübt. Die Beschäftigung einer Schneiderin in den Wohnungen der Kunden stellt sich aber nach wie vor als eine Hilfstätigkeit in der Hauswirtschaft des Auftraggebers, nicht als eine selbständige gewerbliche Leistung dar und unterliegt daher, falls

nicht besondere Gründe im Einzelfall eine Ausnahme rechtfertigen, der Versicherungspflicht. Dieses Ergebnis entspricht auch dem wirtschaftlichen Bedürfnis derartiger weiblicher Beschäftigter, die des Schutzes der Versicherung gegen Invalidität und Alter dringend bedürfen.

Anmerkung: Das Versicherungsamt hatte seine abweichende Auffassung mit der infolge der Staatsumwälzung eingetretenen Erweiterung der Rechte der Frauen begründet; danach könne die bisherige Unterscheidung nicht mehr aufrechterhalten werden. Das Oberversicherungsamt war anderer Meinung und gab die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt ab. Die Entscheidung läßt in dem Schlußsatze Raum für eine andere Beurteilung auf Grund der besonderen Umstände des einzelnen Falles, mißbilligt aber — mit Recht — die auf die allgemeinen veränderten Zeitumstände gegründete Auffassung des Versicherungsamts.

B. Zur Krankenversicherung.

„Besorgung" des Begräbnisses als Voraussetzung des Anspruchs auf Sterbegeld.

Urteil des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** vom 1. September 1922 (9937 A. K. 22).

Streitig ist im vorliegenden Falle, da der Kläger nicht bestreitet, mit der Verstorbenen zur Zeit des Todes nicht in häuslicher Gemeinschaft gelebt zu haben, also nicht zu den Bezugsberechtigten im Sinne des § 203 RVO. zu gehören, lediglich, wer als Besorger des Begräbnisses anzusehen ist. Nach § 203 RVO. werden vom Sterbegeld zunächst die Kosten des Begräbnisses bestritten und an den gezahlt, der das Begräbnis besorgt hat. Es wird von dem Kläger zugegeben, daß der Feuerbestattungsverein die Kosten für die Einsargung, Ueberführung der Leiche in das Krematorium und die Einäscherung, also die eigentliche Bestattung übernommen hat. Dieser ist daher als der Besorger des Begräbnisses im Sinne des Gesetzes anzusehen und hätte als solcher einen Anspruch auf das Sterbegeld geltend zu machen. Da er das nicht getan hat, so gilt der Betrag nach der von der Kasse angezogenen Reichsversicherungsamtsentscheidung (1992 Amtl. Nachr. 1915 S. 432, Arb.-Vers. 1915 S. 395) als Ueberschuß gemäß § 203 RVO., der dem Kläger in vollem Maße zustehen würde, wenn er als Bezugsberechtigter nach der Vorschrift der Gesetzesbestimmung im angeführten Paragraphen in Frage käme. Das trifft jedoch, wie bereits erwähnt, hier nicht zu. Der Ansicht des Klägers, daß, weil er bei Lebzeiten der verstorbenen Ehefrau die Beiträge an den Verein gezahlt habe und für diese Zahlung gewissermaßen die Bestattung besorgt worden wäre, er also als Besorger der Einäscherung zu betrachten sei, kann im Hinblick auf den klaren Wortlaut des Gesetzes nicht beigetreten werden. Nicht die Zahlung von Beiträgen, sondern die Besorgung des Begräbnisses ist Vorbedingung für den Anspruch auf Sterbegeld. Die Kasse hat sich indes bereit erklärt, für die Ausübung des Gesanges und die Aschenbeisetzung die entstandenen Kosten zu ersetzen. Es kann dahingestellt bleiben, ob sie hierzu verpflichtet wäre. Zu befinden bleibt nur noch über die Auslagen für die Dekoration bei der Leichenfeier mit 200 M. und für den Grabstein mit 1200 Mark. Daß der Grabstein zu dem eigentlichen Begräbnis nicht zu rechnen ist — und nur diese Kosten kommen in Frage — dürfte nicht zweifelhaft sein. Aber auch die Dekoration kann nicht als ortsüblich angesehen werden, jedenfalls unterbleibt sie, zumal in den jetzigen Zeiten, bei vielen Leichenbegräbnissen.

Die Entscheidung ist in der gesetzlichen Frist nicht angefochten worden.

Beitragsfreiheit während Bezugs von Familienwochenhilfe.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 5. 8. 1922 (II K 8/22 B).

Wie das Reichsversicherungsamt in der grundsätzl. Entsch. v. 1. 4. 22 (K 88/21) ausgeführt hat, sind während der ganzen Zeit, für die eine Wöchnerin Wochengeld nach § 195a RVO. bezieht, für sie nach § 383 Abs. 2 keine Krankenkassenbeiträge zu entrichten. Es fragt sich, ob Beitragsfreiheit nach § 383 Abs. 2 auch dann besteht, wenn, wie hier, der Wöchnerin wegen Nichterfüllung der im § 195a vorgesehenen Wartezeit das Wochengeld nach § 195a versagt, für sie aber als Familienangehörige eines Versicherten Wochengeld nach § 205a gewährt wird. Diese Frage muß verneint werden. Anspruchsberechtigt ist bei der Familienhilfe — und darum handelt es sich bei dem Wochengeld nach § 205a — nicht das Familienmitglied, sondern das Familienhaupt (zu vgl. Rev.-Entsch. 2472, Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 424). Es hat also hier nicht die Wöchnerin, sondern für sie ihr Ehemann im Sinne des § 383 Abs. 2 Wochengeld bezogen. Die Voraussetzung des § 383 Abs. 2, daß die Versicherte Wochengeld bezieht, trifft mithin hier nicht zu. Ueberdies kommt nach § 383, wie der Zweck dieser mit § 311 zusammenhängenden Vorschrift erkennen läßt, nur die Befreiung von Beiträgen in Betracht, die für den Versicherten infolge seiner den Anspruch auf Kassenleistungen begründenden Zugehörigkeit zur Kasse an diese zu entrichten sind (zu vgl. Arbeiter-Versorgung 1920 S. 75). Demnach war die Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts aufzuheben und die Verpflichtung zur Zahlung der rückständigen Beiträge für Frau K. auszusprechen.

Anmerkung: Es entsteht die Frage, ob die Entscheidung des RVA. ihre Bedeutung verloren hat, nachdem § 205a Abs. 5 RVO. durch Art. I Ziff. 1 des Ges. v. 21. 7. 22 (RGBl. S. 654, Arb.-Vers. S. 375) folgenden Zusatz erhalten hat: „Berechtigt ist die Schwangere oder Wöchnerin; im Fall ihres Todes gilt § 195a Abs. 4 entsprechend". Hiernach ist jetzt bei der Familienwochenhilfe die Wöchnerin als die Versicherte, zum Bezuge des Wochengeldes Berechtigte anzusehen. Es besteht auf Grund der Mitgliedschaft des Familienhauptes eine Versicherung zu ihren Gunsten.

Sonach ist der erste der beiden Gründe, aus denen das RVA. die Beitragsfreiheit verneint, allerdings weggefallen, nicht aber der zweite. Das Familienhaupt kann von seiner Beitragspflicht nicht nach § 383 frei sein, weil das Wochengeld nicht von ihm, sondern von der Wöchnerin bezogen wird; und die Wöchnerin kann Befreiung von ihrer eigenen Beitragspflicht nicht verlangen, weil ihr Anspruch auf Wochenhilfe nicht auf ihrer Kassenzugehörigkeit, sondern auf der Kassenzugehörigkeit des Familienhauptes beruht.

Schadenersatzpflicht des Arbeitgebers bei Verletzung von Meldevorschriften.

Urteil des Landgerichts I in Berlin (7. Ziv.-K.) v. 30. Mai 1922 (22. S. 5. 22).

Der auf den Kommentar von Hoffmann (Reichsversicherungsordnung, II. Buch, Anm. 4 zu § 531, Allgemeines zu § 530) gestützten Ansicht des Vorderrichters, daß ganz allgemein ein Schadenersatzanspruch wegen Vernachlässigung der Sorgfalt bei Meldungen ausgeschlossen sei, weil die Strafe aus § 531 Abs. 2 RVO. an die Stelle der Ersatzpflicht nach § 50 KrVersGes. getreten sei, kann nicht beigetreten werden. Nach der Begründung zur RVO. hat allerdings der Entwurf einen anderen Weg eingeschlagen, um ordnungsmäßige Meldungen zu sichern. „Er erhöht den Höchstbetrag der Geldstrafe ganz wesentlich, damit die Strafe je nach dem Grade des Verschuldens abgestuft werden kann. Dafür beseitigt er jene Ersatzpflicht und gibt an deren Stelle der Kasse das Recht, dem bestraften Arbeitgeber — gewissermaßen als Besoldung für ihre tatsächlichen oder doch möglich gewesenen Aufwendungen — das Ein- bis Fünffache der Rückstände aufzuerlegen," diese Absicht ist aber in dem Gesetz nicht zum Ausdruck gebracht. Durch die Vorschriften über die Meldepflicht und die Strafvorschriften soll die Kasse davor geschützt werden, daß sie bei Unterlassung der Abmeldung durch den Arbeitgeber dadurch Schaden erleidet, daß sie in Unkenntnis der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses und der Mitgliedschaft dem Ausgeschiedenen in einem späteren Versicherungsfalle noch Leistungen gewährt. Diese Vorschriften sind daher Schutzgesetze im Sinne des § 823 Abs. II BGB., deren vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung den Schuldigen zum Schadenersatz verpflichtet (vgl. Entsch. des RG. Bd. 73 S. 212).

An dieser Rechtsnatur jener Bestimmungen wird auch nichts dadurch geändert, daß die Reichsversicherungsordnung den § 50 KrVersGes. nicht übernommen hat. Wollte der Gesetzgeber einen zivilrechtlichen Anspruch auf Schadenersatz gänzlich beseitigen, so hätte er dies unzweideutig zum Ausdruck bringen müssen. Hierzu kommt — wie der Kommentar von Hahn (Handbuch der Krankenversicherung 1915 S. 695 Anm. 4 zu § 531) mit Recht hervorhebt, daß weder § 50 KrVers.Ges. noch Abs. 2 des § 531 RVO. eine Schadenersatzpflicht feststellen. Ihre Anwendung ist ganz unabhängig vom Bestehen eines Schadens, wenngleich die Strafe des Ein- bis Fünffachen gewissermaßen als Ersatz für tatsächliche oder doch möglich gewesene Aufwendungen bezeichnet ist. Der § 50 KrVersGes. bezieht sich aber ferner, wie das Reichsgericht Bd. 73 S. 213 ausführt, auch nicht auf die Fälle einer verspäteten Abmeldung; nach ihm hat eine solche die Verpflichtung zur Erstattung des Unterstützungsaufwandes nicht zur Folge. „Dagegen kann unter Umständen eine Schadenersatzpflicht aus § 823 Abs. 2 BGB. sich ergeben, wenn die Ortskrankenkasse infolge schuldvoll unterlassener Abmeldung ein bereits ausgeschiedenes Mitglied unterstützt hat; denn dann liegt ein Verstoß gegen ein Schutzgesetz vor." Wenn daher der § 50 KrVersGes. in die Reichsversicherungsordnung absichtlich nicht aufgenommen ist, so folgt daraus nicht, daß die Schadenersatzpflicht des säumigen Arbeitgebers aus der Nicht-Abmeldung beseitigt werden sollte. Die Beklagte ist daher schadenersatzpflichtig, wenn sie schuldhafterweise die Abmeldung des S. unterlassen oder verzögert hat. Schuldhaft hat sie gehandelt, wenn sie den S. nicht abgemeldet hat, obwohl sie wußte oder wissen mußte, daß S. nicht mehr versicherungspflichtig war. Die Beklagte bestreitet ein Verschulden, da sie durch das Ende April 1920 versandte Zirkular der Klägerin benachteiligt war, daß der Grundlohn durch Verordnung auf 20 000 Mark heraufgesetzt sei. Durch Verordnung vom 30. April 1920 (RGBl. 1920 Seite 731) ist die Grenze wieder auf 15 000 Mark ermäßigt worden und diese Herabsetzung ist — nach Behauptung der Klägerin — in allen Fachzeitungen und Tageszeitungen wiederholt besprochen und veröffentlicht worden, so daß sie der Beklagten bekannt war oder doch bekannt sein mußte. Es kann dahingestellt bleiben, ob in der Unkenntnis der Verordnung vom 30. April 1920 eine Fahrlässigkeit der Beklagten zu erblicken ist; auf jeden Fall hat sie aber schuldhaft gehandelt, indem sie es unterließ, gemäß § 318 RVO. der Klägerin von der Erhöhung des Entgeltes des S. binnen drei Tagen Mitteilung zu machen, damit die Kasse ihrerseits die Löschung der Mitgliedschaft selbst verfügen konnte. Dieser Verstoß ist also ursächlich zu dem der Kläge-

rin erwachsenen Schaden. Der Hinweis auf § 213 RVG. greift nicht durch, da diese Bestimmung die sogenannte formale Versicherung, d. h. die Begründung eines tatsächlichen Versicherungsverhältnisses durch Zahlung und Annahme von Beiträgen, betrifft, also das Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin und S. regelt, die Beklagte aber von der Schadenersatzpflicht wegen eines Verstoßes gegen die Meldevorschriften nicht befreit. Endlich greift auch der aus § 254 BGB. hergeleitete Einwand, daß die Klägerin sich an die Erben des S. hätte halten sollen, nicht durch, da die Klägerin sich nicht darauf einlassen muß, einen Prozeß gegen andere Personen zu führen, die ihr möglicherweise auch zum Schadenersatz verpflichtet sind. Sie kann sich irgend einen ihrer Gesamtschuldner herausgreifen.

C. Zur Unfallversicherung.

Zuständigkeit bei Streit aus dem Dienstverhältnis eines der Dienstordnung unterstehenden Angestellten.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 26. April 1920 (3115 Amtl. Nachr. 1922 S. 368).

Der Angestellte H. ist von einer Berufsgenossenschaft durch Vertrag vom 1. Mai 1918 nach der Dienstordnung auf Lebenszeit angestellt worden. Die Berufsgenossenschaft hat ihm durch Schreiben vom 25. September 1919 das Dienstverhältnis zum 1. Januar 1920 gekündigt. In dem sich anschließenden Beschwerdeverfahren nach § 705 RVO. hat sie die Unwirksamkeit des Anstellungsvertrags geltend gemacht, der wegen groben Irrtums und arglistiger Täuschung angefochten werde, auch nicht den Anforderungen der Dienstordnung entspreche. Zur Entscheidung dieser Rechtsfragen sei aber nicht der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts zuständig, vielmehr die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte gegeben. Das Reichsversicherungsamt hat sich für zuständig erachtet aus folgenden Gründen:

Zunächst war zu prüfen, ob der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts zur Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits zuständig war. Die Berufsgenossenschaft bestreitet seine Zuständigkeit. Denn nach ihrer Ansicht ist der mit H. am 1. Mai 1918 abgeschlossene Anstellungsvertrag deshalb nichtig, weil er angeblich nicht den Vorschriften der Dienstordnung und Satzung der Berufsgenossenschaft entspricht, und weil er rechtzeitig wegen Irrtums und arglistiger Täuschung angefochten ist. Da H. mithin überhaupt nicht der Dienstordnung unterstanden habe, könne auf seine Ansprüche auch nicht der § 705 RVO., der nur bei der Geltendmachung von Ansprüchen der der Dienstordnung unterstehenden Angestellten Platz greife, angewendet werden; daraus folge aber die Unzuständigkeit des Reichsversicherungsamts und die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte. Der Beschlußsenat hat sich dieser Auffassung nicht anzuschließen vermocht. Allerdings ist nach § 705 Abs. 1 RVO. der Beschlußsenat nur zuständig, wenn es sich um Streitigkeiten von Angestellten handelt, die der Dienstordnung unterstehen, und wenn diese Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis herrühren und Kündigung, Entlassung usw. oder vermögensrechtliche Ansprüche betreffen. Letztere Voraussetzung ist hier zweifellos erfüllt, da H. mit seiner Beschwerde die Unzulässigkeitserklärung der Kündigung und damit auch seiner Entlassung verfolgt. Streitig ist nur, ob er rechtsgültig nach der Dienstordnung angestellt war und somit tatsächlich dieser unterstanden hat. Darüber, daß H. durch den Vertrag vom 1. Mai 1918 nach dem Willen der Parteien damals hat der Dienstordnung unterstellt werden sollen, und daß dieser Vertrag auch nach Ansicht der ihn Abschließenden den Erfordernissen der Dienstordnung entsprochen hat, herrscht kein Streit, ebensowenig darüber, daß auf das Dienstverhältnis des H. nach seiner Anstellung diese stets angewendet worden ist. Es ist daher zunächst davon auszugehen, daß er der Dienstordnung unterstanden hat. Eine Zurückweisung seiner Beschwerde wegen Unzuständigkeit des Beschlußsenats kann daher nicht ohne weiteres erfolgen, dieser hat vielmehr selbst zu prüfen, ob durch den Anstellungsvertrag H. rechtswirksam der Dienstordnung unterstellt worden ist. Der Beschwerdeführer hat zum mindesten einen Anspruch darauf, daß der Beschlußsenat über seine Zuständigkeit befindet. Dies wäre aber nur dann möglich, nachdem das Reichsversicherungsamt einmal untersucht hätte, ob der Vertrag vom 1. Mai 1918 den Anforderungen der Dienstordnung entspricht, zum anderen, ob er nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts anfechtbar und infolge rechtzeitiger Anfechtung nichtig geworden ist. Die Entscheidung über diese Rechtsfragen den ordentlichen Gerichten vorzubehalten und das Verfahren vor dem Beschlußsenat etwa bis nach deren Entscheidung auszusetzen, findet im Gesetze keine Unterlage und ist deshalb nicht angängig, denn nach § 705 Abs. 1 RVO. hat der Beschlußsenat in den dort aufgeführten Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis zu entscheiden, und zwar endgültig, sofern es sich nicht um vermögensrechtliche Ansprüche handelt. Nur bei diesen ist den Parteien die Möglichkeit gegeben, nach Zustellung der Entscheidung des Beschlußsenats binnen Monatsfrist die ordentlichen Gerichte anzurufen, die ihrerseits an das Erkenntnis des Reichsversicherungsamts darüber, ob unter Einhaltung einer Kündigungsfrist aus wichtigem Grunde gekündigt werden darf, gebunden sind, im übrigen aber nach freiem richterlichen Ermessen entscheiden. Also hat auch bei vermögensrechtlichen aus dem Dienstverhältnis herrührenden Ansprüchen der der Dienstordnung unterstehenden Angestellten einem Urteil der ordentlichen Gerichte eine Entscheidung des Beschlußsenats vorauszugehen. Diese hat aber in allen Fällen natur-

gemäß den gesamten Streitstoff zu erschöpfen, weil anders eine die Streitigkeit endgültig oder — bei vermögensrechtlichen Ansprüchen — nur vorläufig abschließende Entscheidung nicht getroffen werden kann. Den bürgerlichen Gerichten die Entscheidung über Vorfragen wie Gültigkeit des Dienstvertrags vorzubehalten, erscheint daher nicht zulässig. Im übrigen kann dahingestellt bleiben, ob in vorliegendem Falle überhaupt eine Entscheidung der Zivilgerichte rechtlich zulässig ist, da H. wenigstens unmittelbar keine vermögensrechtlichen Ansprüche, sondern nur die Aufhebung der Kündigung verfolgt.

Anmerkung: Dem § 705 Abs. 1 entspricht für die Krankenversicherung der § 358 Abs. 1 RVO. Diese Vorschrift hat das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2669 (Amtl. Nachr. 1921 S. 380, Arb.-Vers. 1921 S. 630) auch dann für anwendbar erachtet, wenn streitig ist, ob der Angestellte der Dienstordnung untersteht. Das ist im Grunde auch der Kern der vorliegenden Entscheidung.

Zurücknahme des Antrages auf Kapitalabfindung in der Berufungsinstanz ist unzulässig, wenn der Rentenempfänger die Kapitalabfindung bereits angenommen hat.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Schleswig** vom 11. September 1922 (Pr. L. 1 C. 4).

Der im 25. Lebensjahre stehende Matrose L. bezog wegen eines Betriebsunfalls vom 20. September 1916 eine 10prozentige Rente von monatlich 9,25 M. Unter dem 26. September 1921 eröffnete ihm der Präsident des Reichs-Kanalamts in Kiel als Ausführungsbehörde, daß er im Falle dessen Einverständnis bereit sei, die Rente durch eine einmalige Kapitalabfindung abzulösen. L. willigte ein und erhielt unter dem 30. Januar 1922 den Bescheid, daß die Kapitalabfindung genehmigt werde und ihm gemäß §§ 616, 618 RVO. in Verbindung mit der Bekanntmachung des stellvertretenden Reichskanzlers vom 21. Dezember 1912*) eine Kapitalabfindung von von 910,20 M. gewährt werden solle. Nach der Abfindung habe er dann aber keinen Anspruch mehr auf Rente, auch dann nicht, wenn sich die Unfallfolgen verschlimmern sollten. Durch Endbescheid der Ausführungsbehörde vom 29. März 1922 wurde die Kapitalabfindung dann bestätigt.

Gegen den Endbescheid hat L. fristgerecht Berufung eingelegt, weil er fürchte, daß in späteren Jahren noch eine Verschlimmerung seines Zustandes eintreten könne und ihm dann mit der Abfindungssumme von 910,20 M. nicht gedient sei. Die Ausführungsbehörde hat Abweisung der Berufung beantragt. Im Verhandlungstermine erklärte L., daß er bereit sei, die ihm bereits gezahlte Abfindung von 910,20 M. zurückzuzahlen. Er bat um Nachuntersuchung seines Zustandes.

Das Oberversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Daß L. in seiner Erwerbsfähigkeit um 10% beeinträchtigt ist, ist seitens des Reichskanalamts anerkannt worden und nicht streitig. Denn sonst wäre eine Kapitalabfindung für den Verletzten überhaupt nicht in Frage gekommen, indem der § 616 RVO. bestimmt, daß, wenn die Rente eines Verletzten $^4/_5$ der Vollrente (20%) oder weniger beträgt, ihn die Berufsgenossenschaft mit seiner Zustimmung mit einem dem Werte seiner Jahresrente entsprechenden Kapital abfinden kann. Würde L. also weniger als 10% in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt sein, so hätte eine Kapitalabfindung überhaupt nicht Platz greifen können. Eine Nachuntersuchung desselben konnte daher nicht weiter als erforderlich erachtet werden.

Einen Anspruch auf Kapitalabfindung hat der Verletzte ferner nach dem Wortlaut des oben gedachten Gesetzesparagraphen nicht, es ist vielmehr in das Belieben einer Berufsgenossenschaft oder Ausführungsbehörde gestellt, ob sie den Verletzten mit einer Kapitalsumme abfinden will oder nicht.

Das Oberversicherungsamt kann des weiteren in der Berufungsinstanz den Abfindungsbescheid nur bestätigen oder aufheben. Nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen ist nun das Abfindungskapital vorstehend richtig errechnet worden und besteht über diesen Punkt ja auch kein Rechtsstreit. Die Berufung hat endlich aufschiebende Wirkung, und kann der Antrag auf Kapitalabfindung vor der Rechtskraft des Abfindungsbescheides, also auch noch in der Berufungsinstanz zurückgenommen werden (zu vgl. Moesle-Rabeling Kommentar zur RVO. Bd. 3 S. 217, Anm. 7 zu § 616 und Breithaupt, Rechtspr. des RVA. S. 418).

Aus den Akten geht hervor, daß die unter dem 14. April 1922 gefertigte Berufungsrechtfertigungsschrift des Klägers am 16. gleichen Monats bei dem Oberversicherungsamt eingegangen ist. Auf Anfrage des Oberversicherungsamtes hat dann der Präsident des Reichskanalamts in Kiel als Ausführungsbehörde eine Quittung des Klägers vom 27. Mai 1922 zu den Akten eingesandt, wonach L. durch eigenhändige Unterschrift den Empfang der Kapitalabfindungssumme von 910,20 M. bestätigt hat. Er hat also nach Einlegung der Berufung die Kapitalabfindungssumme angenommen, und muß dadurch die Berufung als erledigt angesehen werden. Hiernach war der angefochtene Rentenabfindungsbescheid lediglich zu bestätigen.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit von Holzfällungs- und Transportarbeiten.

Entscheidung des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 30. Dezember 1921 (Mitt. 1922 S. 28).

Die Firma W., Zimmerei, Schreinerei, Treppenbau und Dampfsäge in M., die mit ihrem Gesamtbetrieb der B. Baugewerks-Berufsgenossenschaft angehört, hat im Jahre 1920 für diesen Betrieb im Bezirk Sch. eine größere Menge schlagbaren Holzes auf dem Stamm erworben und das Fällen, Treiben und Abfahren des Holzes bis zum Ganterplatz durch den Holzmeister W. in Sch. besorgen lassen. Dieser erhielt vertragsmäßig für das Treiben und Fahren des Holzes 90 M. für den Kubikmeter; er hatte die benötigten Arbeiter selbst einzustellen und zu entlohnen, erhielt aber vertragsmäßig von der Firma W. alle 14 Tage

*) Zentr. Bl. 1913 S. 26, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 1095.

für den Mann und Tag 40 M. Vorschuß. Beim „Treiben" des Holzes d. i. beim Abwärtsbefördern in dem hierfür bestimmten „Riß" (Riese) wirkte W. selbst mit. Bei dieser Arbeit ist am 25. Januar 1921 der von ihm eingestellte Holzarbeiter K. verunglückt. — Zwischen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft O. und der B. Baugewerks-Berufsgenossenschaft besteht Streit, wer für den Unfall des K. entschädigungspflichtig ist; gemäß § 1736 RVO. ist die Entscheidung des Landesversicherungsamts angerufen. Die Erhebungen haben außer dem geschilderten Sachverhalt ergeben, daß W. weder Grund und Boden noch Vieh besitzt; er betreibt einen kleinen Holzhandel mit einem ungefähren Jahresgewinn von 15 000 M. und übernimmt daneben nach Gelegenheit Arbeiten als „Holzmeister" durch Fällen und Triften von Holz, wobei er stets selbst mitwirkt. Ein besonderes Betriebskapital steht ihm für diesen Erwerbszweig nicht zur Verfügung. Die Firma W. erblickt in ihm einen selbständigen Unternehmer, weil er als solcher in der Gegend von Sch. bekannt sei und nach den getroffenen Vereinbarungen bei der Ausführung der Arbeiten, sowie bei der Einstellung und Entlohnung der Arbeiter vollständig freie Hand gehabt habe. Im Anschluß daran weist die B. Baugewerks-Berufsgenossenschaft darauf hin, daß das ganze Geschäft des Holzabtransports mit dem vertragsmäßigen Bruttoerträgnis von etwa 64 000 M. auf das Risiko des W. ging, und daß er auch nach seiner allgemeinen wirtschaftlichen Lage dem Kleinunternehmerstand angehörte. Demgegenüber macht die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft geltend: W. komme vorliegendenfalls nur als Kleinakkordant in Betracht; er lebe in der Hauptsache von seiner Hände Arbeit, sei bei der Entlohnung seiner Hilfskräfte auf die Gewährung von Vorschüssen angewiesen und erziele aus der Holzarbeit keinen eigenen Unternehmergewinn.

Das Landesversicherungsamt hat die Baugewerks-B.-G. für entschädigungspflichtig erklärt aus folgenden Gründen:

Der Betrieb, in dem sich der Unfall ereignete, hing in seinen wirtschaftlichen Grundlagen und Zielen wesentlich mit dem Gesamtbetrieb der Firma W. zusammen; für diesen Betrieb hatte sie das Holz erworben, für ihn ließ sie es durch W. fällen und abtransportieren, für ihn sollte es wirtschaftlich verwertet werden; ihm diente die Tätigkeit des W. wie die des Arbeiters K., mit ihren Mitteln setzte die Firma diese Tätigkeit unmittelbar in Bewegung, ermöglichte sie und hielt sie in Gang, indem sie dem W. die nötigen Vorschüsse — und zwar der fortschreitenden Arbeit entsprechend — teils zur Abgeltung seiner eigenen Tätigkeit, teils zur Entlohnung seiner Hilfskräfte vertragsmäßig zur Verfügung stellte. Damit griff sie in den Gang des Betriebes selbsthandelnd, — wenn auch nicht unmittelbar ausführend — ein, wie ihr auch wirtschaftlich dessen Erträgnis zufiel. Ihr gegenüber war W. nur der wirtschaftlich abhängige Kleinakkordant, der im wesentlichen mit ihren Mitteln — ohne eigenes Betriebskapital und ohne besondere Betriebseinrichtungen — arbeitete, und dem sie die selbständige Einstellung und Entlohnung der erforderlichen Hilfskräfte nur deshalb überließ, weil sie an diesem rein äußerlichen Betriebsvorgang bei der sonstigen vertragsmäßigen Bindung des W. kein Interesse hatte.

Der Umfang der von diesem übernommenen Leistungen darf wirtschaftlich nicht ausschließlich an der rechnerischen Höhe des für das ganze Geschäft sich ergebenden Bruttoerträgnisses gemessen werden; in Wirklichkeit zerfielen die Leistungen vielmehr — den getroffenen Vereinbarungen entsprechend — von selbst in Teilleistungen von je 14 Tagen, für die W. jeweils von der Firma W. für sich und seine Hilfskräfte die erforderlichen Vorschüsse empfing. Die Art der Leistung bestand für W. im wesentlichen nur in der Aufbringung seiner eigenen körperlichen Arbeit und in der Leitung der unter seinen Augen mitarbeitenden Hilfskräfte. Eine besondere selbständige Unternehmertätigkeit hatte W. nach keiner Richtung zu entwickeln. Seine Stellung war vielmehr im wesentlichen die einer im Betrieb der Firma W. tätigen Mittelsperson, die ihre Entlohnung nach dem schließlichen Ergebnis der Vermessung des abbeförderten Holzes, jedoch unter Vorschußleistung der Firma erhielt; ein Unternehmergewinn ist in dem schließlichen Ueberschuß über die Summe dieser Vorschußleistungen nicht zu erblicken, während andererseits ein Verlustrisiko für W. nach der ganzen Art des Geschäftsbetriebes und der Verrechnung kaum in Frage stand. Mit dem kleinen Holzhandel, den W. betrieb und der nach seinem Umfang und seiner Betriebsform nicht als kaufmännisches Unternehmen anzusehen ist, stand die von ihm übernommene Holzfällung und Holzbeförderung in keinerlei Zusammenhang; die Unternehmereigenschaft in Ansehung dieses letzteren Betriebes ist dem W. deshalb auch nicht aus dem Gesichtspunkt des § 537 Nr. 10 RVO. zuzusprechen.

Der Betrieb, in dem sich der Unfall ereignet hat, ist vielmehr dem Gesamtbetriebe der Firma W., sei es als besondere Betriebsabteilung gemäß § 537 Nr. 10 RVO., sei es als wesentlicher Bestandteil oder Nebenbetrieb gemäß § 539 RVO. zuzurechnen. Da dieser Gesamtbetrieb der B. Baugewerks-Berufsgenossenschaft angehört, ist diese für den Unfall entschädigungspflichtig.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gemeindliches Quittungskartenverzeichnis als öffentliche Urkunde. — Grenzen der freien Beweiswürdigung.

Rev.-Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 21. Dezember 1921 (Mitt. 1922 S. 33).

. . . Die Vorinstanz hat zunächst außer acht gelassen, daß nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und des Landesversicherungsamts trotz mangelnder beglaubigter Uebertragung von Beiträgen in eine neue Karte im Rentenfeststellungsverfahren der Beweis für die Entrichtung von Marken geführt werden kann (Amtl Nachr. 1899 S. 283 Nr. 704; 1918 S. 298 Nr. 2433; Mitt. 1916 S. 241 Nr. 103).

Das Quittungskartenverzeichnis der Gemeinde P.

ist von dieser als einer öffentlichen Behörde innerhalb der Grenzen ihrer Amtsbefugnisse hergestellt, hat deshalb die Eigenschaft eines öffentlichen Registers. Für das Vorliegen falscher Beurkundung besteht nicht der geringste Anhaltspunkt. In diesem Verzeichnis findet sich der Vermerk, daß Karte 6 mit 52 Marken der 1. Lohnklasse aufgerechnet und daß sie unterm 11. Februar 1907 im Auftrage der Landesversicherungsanstalt erneuert worden sei. Ueberdies ist im Rentengesuch dargetan, daß damals bei Vorlage der Karte 7 mit 21 Beitragsmarken sechs Aufrechnungsbescheinigungen vorgelegt wurden. Daraus geht mit zwingender Notwendigkeit hervor, daß die Einträge in Karte 6 aufgerechnet wurden.

Die Vorinstanz hat sich mit der Frage, ob in Karte 12 Marken enthalten waren, nicht befaßt, weil sie annahm, daß auch bei Anrechnung dieser 25 Beiträge sich nicht 200 Beiträge ergeben. Was nun von der Karte 6 gilt, trifft auch für die Karte 12 zu. Nach demselben Verzeichnisse wurde diese am 12. Mai 1911, rückverwendbar für 27. Dezember 1910 ausgestellt, verspätet am 16. Mai 1913 zum Umtausch eingereicht und laut Tagebuch am 21. September 1913 der Landesversicherungsanstalt behufs Anerkennung der Gültigkeit vorgelegt. Anläßlich dieser Vorlage wurde mit Bleistift vorgemerkt, daß die Karte 12 fünfundzwanzig Beiträge 2. Lohnklasse enthielt. Aus den gleichen Erwägungen ist deshalb als erwiesen anzunehmen, daß in der Karte 12 fünfundzwanzig Marken der 2. Lohnklasse entrichtet waren.

Auf diesen Tatbestand hat die Vorinstanz den § 1421 Abs. 2 RVO. unrichtig angewendet, auch hat sie das ihr an sich zustehende Recht der freien Beweiswürdigung überschritten. Dieses Recht ist nämlich nicht unbegrenzt. Wenn auch für das Verfahren vor den Versicherungsbehörden die gesetzlichen Beweisregeln des Zivilprozesses, wie sie hier hinsichtlich einer öffentlichen Urkunde — des gemeindlichen Quittungskartenverzeichnisses — in Betracht kommen, nicht maßgebend sind, sodaß also auch in diesen Fällen die freie Beweiswürdigung Platz greift (§ 31 VO. über den Geschäftsgang und das Verfahren der Versicherungsämter, § 33 VO. über den Geschäftsgang und das Verfahren der Oberversicherungsämter, § 24 VO. über den Geschäftsgang und das Verfahren des B. Landesversicherungsamts), so haben doch die öffentlichen Urkunden eine besondere Beweiskraft (A.N. 1904 S. 420 Nr. 1131). Die bloße Bemerkung, das Verzeichnis der Gemeinde über die Quittungskarten gebe keinen klaren Aufschluß, genügt nicht zu der Widerlegung der in dem Verzeichnis betätigten Beurkundungen, ganz abgesehen davon, daß die Annahme der mangelnden Klarheit des Verzeichnisses nicht zutrifft. Im vorliegenden Fall ist daher das Recht der freien Beweiswürdigung durch die völlige Nichtbeachtung der Eigenschaft des Quittungskartenverzeichnisses als eines Registers verletzt worden . . .

E. Zur Angestelltenversicherung.

Verordnung des Reichsarbeitsministers über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung.

Vom 14. November 1922 (RGBl. I S. 880).

Mit Zustimmung des Reichsrats und des Ausschusses des Reichstags für soziale Angelegenheiten wird folgendes verordnet:

Einziger Artikel.

Voraussetzung der Versicherung nach § 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes ist, daß der Jahresarbeitsverdienst achthundertvierzigtausend Mark nicht übersteigt.

Diese Vorschrift tritt mit dem 1. November 1922 in Kraft.

Anmerkung: In derselben Nummer 76 des RGBl., wie die vorstehende Verordnung, ist (S. 849 ff.) ein „Gesetz über Aenderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte und der Reichsversicherungsordnung“ vom 10. November 1922 veröffentlicht. Wir können das sehr umfangreiche (im RGBl. 32 Seiten umfassende) Gesetz in unserer Zeitschrift nicht im vollen Wortlaut abdrucken, werden aber auf die wichtigsten Aenderungen des bisherigen Rechts in Abhandlungen und sonstigen Mitteilungen und Ausführungen eingehen. Einstweilen sei hier nur zum Verständnis der vorstehenden Verordnung folgendes bemerkt: Die Versicherungspflicht ist durch das neue Gesetz für jedes der beiden Gebiete besonders und verschieden geregelt, und zwar so, daß Personen, die angestelltenversicherungspflichtig sind, nicht zugleich der Invalidenversicherungspflicht unterliegen. Während bei der letzteren die Verdienstgrenze überhaupt beseitigt ist, ist allgemeine Voraussetzung der Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz: daß der Jahresarbeitsverdienst die vom Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats festzusetzende Grenze nicht übersteigt. Von der hierin liegenden Ermächtigung hat der Minister durch die vorliegende Verordnung erstmalig Gebrauch gemacht. Der Sprung von zuletzt 300 000 Mk. (Ges. v. 11. 6. 22, Arb.-Vers. S. 458) auf 840 000 Mk. darf nicht wundernehmen, da das Gesetz selbst jetzt Gehaltsklassen bis mehr als 720 000 Mk. statt der zuletzt (durch das Ges. v. 11. 6. 22) gebildeten Klassen bis mehr als 75 000 Mk. vorsieht.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung“ 1922 Nr. 10 S. 161 ff.)

Nr. 531. Die Festsetzung einer Ordnungsstrafe nach § 339 VGfA. setzt, falls der Arbeitgeber die Versiche-

rungspflicht bestreitet, deren Feststellung im Verfahren nach § 210 a. a. O. nicht voraus *).

Nr. 533. Gehilfen in chemischen Laboratorien, die ohne wissenschaftliche chemische Vorbildung nach festgelegten, bis ins Einzelne gehenden Vorschriften regelmäßig wiederkehrende Untersuchungen unter ständiger Ueberwachung und Leitung des Chemikers ausführen, sind nicht versicherungspflichtig nach dem VGfA.

Nr. 534. Versicherungsfreiheit nach der Bekanntmachung v. 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) kann auch dann noch begründet sein, wenn die vorübergehende Beschäftigung nach dem 10. Januar 1920, aber vor der Verkündung der Verordnung vom 25. Mai 1920 (RGBl. S. 1081) — 27. Mai 1920 — für einen nicht über den 30. November 1920 sich erstreckenden Zeitraum übernommen worden ist.

Nr. 535. Die Rentenzulagen der Unfallversicherung sind nicht Renten der reichsgesetzl. Arbeiterversicherung im Sinne der §§ 73, 74 VGfA.

Nr. 536. Ist während der Kriegsdienstzeit eines Versicherten die private Versicherung nach § 390 des VGfA. aufgehoben, so wird nach § 2 der Bekanntmachung vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) von diesem Zeitpunkt an nicht nur der Arbeitgeberbeitrag, sondern der volle Beitrag der maßgebenden Gehaltsklasse angerechnet.

Nr. 537. Ist ein Angestellter während des Krieges infolge Betriebseinstellung stellenlos geworden, so gelten Beiträge, die er auf Grund des § 9 der Bek., betr. die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) entrichtet, als freiwillige Beiträge.

Nr. 538. Eine Aushelferin, die den Dienst einer Fernsprechgehilfin bei einem großstädtischen Fernamt versieht, ist versicherungspflichtig nach dem VGfA.

Nr. 539. Streit über die Anrechnung von Zeiten geleisteter Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlicher Dienste als Beitragszeiten nach der Bek. vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) kann auch im Verfahren nach § 210 VGfA. entschieden werden.

Nr. 540. Der Grundsatz der Entscheid. des O.-Sch.-G. vom 3. Februar 1921 — P. 1/21 —, AVN. 1921 S. 186 Nr. 481 (daß der Angestellte Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nicht verlangen kann; zu vgl. Arb.-Vers. 1921 Nr. 481), gilt auch, wenn das Gehalt im Mai 1920 mit rückwirkender Kraft vom 1. Mai 1920 an über 7000 M. erhöht wird.

Nr. 541. Ist die Versicherungspflicht nicht innerhalb eines Jahres nach der Einzahlung der Beiträge beanstandet worden (§ 208 VGfA.), so kann die RfA. den Rentenanspruch nicht wegen einer etwa nach § 209 desselben Gesetzes gegenüber dem Arbeitgeber bestehenden Rückzahlungspflicht ablehnen.

Nr 542 Sind Beiträge in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet, so darf der Arbeitgeber seinen Beitragsanteil nach § 209 Abs. 3 des VGfA. nur dann zurückfordern, wenn feststeht, daß der Versicherte den Wert seines Anteils ihm nicht erstatten will.

*) Es wird darauf hingewiesen, daß diese Nr. 531 in unserem Heft 29 S. 459 (wie im Heft 6 der amtlichen Ausgabe) ausgefallen war.

F. Zur Militärversorgung.

Kriegsdienstbeschädigung nach Abschluß des Waffenstillstandes.

Ref.-Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 8. Februar 1922 (Entsch. Bd. 2 S. 163).

Die Kriegsversorgung gebührt den Witwen und Waisen der zum Feldheere gehörigen Soldaten, die im Kriege geblieben oder infolge einer Kriegsverwundung gestorben sind, oder eine sonstige Kriegsdienstbeschädigung erlitten haben und an ihren Folgen gestorben sind. Daß der Verstorbene als Angehöriger einer mobilen Armee-Kraftwagen-Kolonne dem Feldheere angehört hat, steht zweifelsfrei fest. Ebenso sicher ist es, daß er weder im Kriege geblieben noch an einer Kriegsverwundung gestorben ist. Es fragt sich daher, ob er eine sonstige Kriegsdienstbeschädigung erlitten hat und an ihren Folgen gestorben ist. Diese Frage hat der Senat nach eingehender Prüfung des Sachverhalts bejaht. Voraussetzung für das Vorliegen einer Kriegsdienstbeschädigung ist, daß die Gesundheitsstörung auf besondere, nur dem Kriege eigentümliche Verhältnisse zurückzuführen ist. Solche Verhältnisse können von der Mobilmachung bis zur Demobilmachung, also auch noch nach dem Abschlusse des Waffenstillstandes vorliegen. Im vorliegenden Falle sind sie in folgenden Umständen erblickt worden. Die Rheingegend mußte im November Dezember 1918 infolge feindlicher Einwirkung mit größter Beschleunigung von den Truppen geräumt und im Heeresinteresse mußte alles irgendwie faßbare militärische Gerät und Material in der kürzesten Frist zurückgeschafft werden. Diese Arbeit lag naturgemäß in erster Linie den Kraftwagen-Kolonnen ob. Nur hierdurch, also durch besondere, nur dem Kriege eigentümliche Verhältnisse, erklärt sich die ganz ungewöhnliche Maßnahme, daß zum Abfüllen des Öls auf der Kesselwagentankstelle B. am Rhein am 3. Dezember 1918 ein noch nicht völlig entleertes Benzinfaß benutzt und infolgedessen beim Erwärmen des infolge der kalten Witterung dickflüssig gewordenen Öls eine Explosion von Benzingasen hervorgerufen wurde, die den Tod des Verstorbenen herbeiführte. *Wenn aber solche besondere, nur dem Kriege eigentümliche Verhältnisse vorgelegen haben, kann Kriegsdienstbeschädigung auch noch nach dem Abschlusse des Waffenstillstandes bis zur Demobilmachung anerkannt werden.*

Waisenrente für Stiefkinder. — Grenzen richterlicher Gesetzesauslegung.

Ref.-Entsch. des Reichsversorgungsgerichts vom 3. Januar 1922 (Entsch. Bd. 2 S. 148).

Nach § 41 Abs. 2 Nr. 3 des RVG. erhalten Stief-

und Pflegekinder eines infolge einer Dienstbeschädigung Verstorbenen Waisenrente, wenn dieser sie unmittelbar vor seinem Tode mindestens ein Jahr lang unentgeltlich unterhalten oder wenn er für sie Kinderzulage (§ 30 aaO.) bezogen hat. Beide Voraussetzungen sind bei dem Stiefvater der Kläger nicht erfüllt, da er nach kaum fünfmonatiger Ehe mit der Mutter der Kläger schon am 14. November 1914 gefallen ist. Die Ansicht des Versorgungsgerichts, den Stiefkindern stehe auch dann die Waisenrente zu, wenn aus den Umständen zu entnehmen ist, daß der Verstorbene die Kinder aus der früheren Ehe wie seine eigenen halten wollte, und wenn er nur durch den Tod daran gehindert war, diesen Willen ein Jahr lang zu verwirklichen, läßt sich mit dem Inhalt der angeführten Gesetzesvorschrift nicht in Einklang bringen. Wenn der Richter auch bei der Auslegung einer Rechtsnorm nicht buchstabenmäßig an dem Wortlaut haften und die einzelne Vorschrift nach ihrem Zusammenhang mit dem Gesetzesganzen und der Rechtsordnung überhaupt beurteilen soll, so ist doch in Schrifttum und Rechtsprechung anerkannt, daß für die Feststellung des Gesetzesinhalts (Auslegung) die Form, in welcher der Gesetzgeber seinen Willen erklärt hat, bindend, und eine dem unzweideutigen Gesetzestext widersprechende Auslegung unzulässig ist (zu vergl. Endemann, Lehrb. des bürgerl. Rechts Bd. 1 neunte Aufl. S. 49 ff., besonders 50 Anm. 2 bis 4; Dernburg, das bürgerl. Recht des Deutschen Reiches Bd. 1 dritte Aufl. S. 18 ff., Rekursentsch. des Reichsversicherungsamts (Großer Senat) vom 20. Dezember 1913, Amtl. Nachr. 1914 S. 417 Nr. 2691, Revisionsentsch. vom 16. März 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 694 Nr. 1895). Der Wortlaut der hier in Betracht kommenden Gesetzesvorschrift ist aber so klar, daß er einen Zweifel über den Sinn und die Tragweite ausschließt. Dem gegenüber kann die Ansicht keine Beachtung finden, es könne vom Gesetzgeber nicht gewollt sein, daß in Fällen wie dem vorliegenden die Versorgung versagt werde. Denn der Gesetzgeber hat seinen Willen klar zum Ausdruck gebracht. Es ist deshalb ohne Belang, ob er die Bedeutung der von ihm gesetzten Norm voll erkannt hat oder in Kenntnis ihrer Tragweite eine andere Regelung getroffen hätte. Solche Erwägungen können nur für eine künftige Rechtsentwicklung in Betracht kommen. Ebensowenig kann ausschlaggebend sein, daß eine solche Auslegung des § 41 dem sozialen Grundgedanken des Reichsversorgungsgesetzes, für die Hinterbliebenen der im Kriege Gefallenen in weitem Umfang zu sorgen, zu widersprechen scheint. Vielmehr muß daran festgehalten werden, daß, sobald die gesetzgebenden Organe sich über die Form, in der sie ihren Willen erklären wollen, geeinigt haben, an die Stelle des Gesetzgebers das Gesetz selbst getreten und damit der Gesetzesinhalt (Sinn des Gesetzes) von dem, was der Gesetzgeber beabsichtigt hat, unabhängig geworden ist (zu vergl. Endemann aaO. S. 50, auch Anm. 4, Revisionsentsch. des Reichsversicherungsamts vom 16. März 1914, Amtl. Nachr. 1914 S. 701).

Eine andere Frage ist, ob bei der Beurteilung des vorliegenden Falles über den Sinn des § 41 Nr. 3 hinausgegangen werden kann. Augenscheinlich ist das die Auffassung des Versorgungsgerichts. Davon ausgehend, daß die Gesetzesvorschrift den zu entscheidenden Fall nicht mitumfasse, will es diese vermeintliche Lücke durch die sinngemäße Anwendung der Nr. 3 des § 30 des RVG. schließen. Nach den vorstehenden Ausführungen ist aber eine Lücke im Gesetz nicht vorhanden, da der zu entscheidende Fall im Rahmen der gesetzlichen Regelung liegt, wenn diese auch Härten mit sich bringt, deren Beseitigung wünschenswert sein mag. Außerdem wird aber das Wesen der entsprechenden Gesetzesanwendung (Analogie) verkannt. Bei dieser ist grundlegende Bedingung, daß es sich um rechtlich verwandte Tatbestände handelt. Das ist aber hier nicht der Fall. Wie aus der Begründung zum Reichsversorgungsgesetz (S. 45) hervorgeht, ist § 41 (Gewährung der Waisenrente) allerdings dem § 30 (Gewährung der Kinderzulage) nachgebildet. Trotzdem handelt es sich um verschiedene Gegenstände. Während es sich im Falle des § 30 um die Feststellung eines Rententeils des Beschädigten handelt (zu vergl. § 26) und dieser auch für Stiefkinder Kinderzulage beziehen soll, für die er sorgt, kommt es im Falle des § 41 darauf an, ob die Stiefkinder den gleichen Versorgungsanspruch haben sollen, wie die leiblichen Hinterbliebenen. Bei der Festsetzung der Nr. 3 der beiden Vorschriften hat dann, wie aus der Begründung weiter hervorgeht, den Gesetzgeber der gemeinsame Gedanke geleitet, daß eine mißbräuchliche Ausnutzung der beiden Vorschriften verhindert werden soll. Bei der Durchführung war aber die Verschiedenheit der tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen zu berücksichtigen. Im Falle des § 30 konnte die unentgeltliche Gewährung des Unterhalts auch für kurze Zeit ausreichen, da jederzeit die Möglichkeit bestand, einem Mißbrauch durch die Entziehung der Zulage zu begegnen. Im Falle des § 41 sollte aber verhütet werden, daß Stief- und Pflegekinder kurz vor dem Tode des Beschädigten in das Haus aufgenommen werden, um ihnen auf diese Weise die Waisenrente zu verschaffen (zu vergl. Kerschensteiner, das Reichsversorgungsgesetz, Anm. 8 zu § 41). Für diesen Fall wollte der Gesetzgeber eine höhere Sicherheit gegen mißbräuchliche Ausnutzung schaffen und machte deshalb den Anspruch auf Versorgung von der Tatsache des unentgeltlichen Unterhalts für einen längeren Zeitraum oder des Bezuges der Kinderzulage abhängig. Es ist nicht ausgeschlossen, daß der Wunsch, die Gewährung der Waisenrente an bestimmte, nachprüfbare Merkmale zu knüpfen, Fälle, wie den vorliegenden, hat übersehen lassen. Doch kommt es hierauf nicht weiter an. Jedenfalls ist ersichtlich, daß es sich hier nicht um eine entsprechende Anwendung des § 30 Nr 3, sondern darum handelt, ob in den Fällen des § 41 Nr. 3 der erkennbare Wille, die Kinder aus der

früheren Ehe der Frau wie eigene zu halten, der tatsächlichen Gewährung des Unterhalts für die Dauer eines Jahres gleichwertig sein soll. Eine solche rechtliche Gleichstellung zweier an sich verschiedener Tatsachen vorzunehmen, liegt aber nicht in der Macht des Richters, da sie über den Rahmen der Gesetzesauslegung hinausgeht und auf eine willkürliche Abänderung des Gesetzes hinauskommt (zu vergl. Endemann a. a. O. S. 54 Anm. 13). Somit rechtfertigt das geltende Recht den Versorgungsanspruch der Kläger nicht. Das Urteil des Versorgungsgerichts war aufzuheben und der ablehnende Bescheid der Verwaltungsbehörde wiederherzustellen.

Der erkennende Senat trägt aber kein Bedenken auszusprechen, daß die Ausführungen des Versorgungsgerichts für die künftige Rechtsentwicklung Beachtung verdienen. Er ist der Ansicht, daß die Versagung der Waisenrente in einem Falle, wie dem vorliegenden, eine Härte ist, die sich mit dem ethischen und sozialen Geiste des Reichsversorgungsgesetzes nicht wohl verträgt. Es kann dem Beklagten auch darin nicht beigetreten werden, daß der Gesetzgeber in solchen Fällen die Waisenrente hat ausdrücklich versagen wollen. Für die Spruchbehörden war aber der Weg zu einer andern Entscheidung durch den unzweideutigen Gesetzestext versperrt, und es kann nur die Hoffnung ausgesprochen werden, daß bei einer Aenderung des Reichsversorgungsgesetzes eine Regelung getroffen wird, die ermöglicht, Stief- und Pflegekindern in Fällen, wie dem vorliegenden, Versorgung zu gewähren.

Sprechsaal.

Nochmals zur Beitreibung der Krankenkassenbeiträge.

Der Aufsatz von Hoffmann in Heft 29 „Zur Beitreibung der Krankenkassenbeiträge". fordert zum Widerspruch heraus. Gilt es sonst als Aufgabe des praktischen Juristen, Wege zu finden, das Gesetz anzuwenden, so sucht Hoffmann mit kaum verhüllter Deutlichkeit, den § 407 Abs. 4 RVO. in seiner neuen Fassung von der Anwendung auszuschalten. Was er gegen die neue Vorschrift vorbringt, ist aber nichts weniger als überzeugend. Daß der gemäß § 404 Abs. 4 bestellte Vollstreckungsbeamte oder Vollziehungsbeamte den entsprechenden landesrechtlichen Beamten in der Rechtswirkung seiner Maßnahmen gleichgestellt werden sollte, ist doch offensichtlich die Absicht. Läßt man das gelten, so entfallen alle Schwierigkeiten, die Hoffmann aus Vorschriften wie §§ 1235, 383 BGB. herleitet. Es greift eben der Einwand durch, den Hoffmann für die Anwendung des § 359 HGB. sich selbst macht: Am Ende würden diese nach § 404 Abs. 4 RVO. bestellten Vollstreckungsbehörden und Vollziehungsbeamten eben durch die Bestellung Beamte. Das ist allerdings der Fall, wenn auch eben nur für den Bereich ihrer Vollstreckungsgeschäfte, und was Hoffmann dagegen an Bedenken vorbringt, ist nicht durchschlagend. Waren bisher in Preußen besondere Vollstreckungsbehörden „nicht üblich" — warum soll ein Reichsgesetz nicht einmal auch etwas bestimmen, was in Preußen noch nicht üblich war? Die Kosten ihrer Betätigung nach § 404 Abs. 4, dem Staate zur Last zu legen, daran haben die Krankenkassen schwerlich gedacht, ich wüßte auch keine Rechtsgrundlage dafür, und auch Hoffmann gibt keine dafür an. Uebrigens ist es m. W. in der Preußischen Kommunalverwaltung nicht allzu ungewöhnlich, neben den festen hauptamtlichen Vollziehungsbeamten bei Bedarf zur Aushilfe auch Hilfsvollziehungsbeamte zu verwenden, die zwar formell als Beamte angestellt werden — das Kommunalbeamtengesetz gilt für sie jedoch nicht —, deren Dienstverhältnis nach innen, gegenüber der Gemeinde, aber durch den Privatdienstvertrag der Aushilfsangestellten geregelt wird. Warum sollte ein entsprechendes Verhältnis bei den Krankenkassen nicht dauernd möglich sein? Den Kern des Widerspruchs, den Hoffmann erhebt, findet man wohl in der Bemerkung, daß dann die Aufsicht über das Verwaltungszwangsverfahren auf die Instanzen der Reichsversicherung überginge. Ist das aber ein Unglück, wo es sich um Vollstreckung lediglich zur Ausführung der Reichsversicherung handelt? Versicherungsamt und Oberversicherungsamt sind ja ohnehin Landesbehörden und der inneren Landesverwaltung eng angegliedert. Daß das Reichsversicherungsamt an Stelle der obersten Landesbehörde oberste Beschwerdeinstanz in diesen Sachen wird, mag allenfalls ein Konstruktionsfehler sein, den man vielleicht hätte vermeiden sollen. Daß er sonderlich schwer wöge, kann ich nicht finden; daß er der Rechtswirksamkeit des Gesetzes entgegenstünde, vollends nicht. Ob die Vorschrift in der neuen Fassung für sie praktisch ist, mögen sich die Krankenkassen überlegen; daß der in § 404 Abs. 4 neuer Fassung gewiesene Weg rechtlich gangbar ist, scheint mir außer Zweifel. Daß es etwa gegen die Reichsverfassung verstieße, durch Reichsgesetz die Vollstreckung in Sachen der Reichsversicherung zu regeln, hat auch Hoffmann nicht behauptet.

Landesrat Helms in Lübeck.

Ersatzanspruch des Armenverbandes bei Unterstützung armenrechtlich unselbständiger Personen.

In dem Aufsatz von Kleeis Heft 23 des laufenden Jahrgangs S. 353 ff.: „Die Familienhilfe an Angehörige außerhalb des Haushalts des Versicherten" heißt es auf Seite 355 in der rechten Spalte: „Die praktische Bedeutung dieser Auffassung" — daß nämlich die Familienmitglieder unmittelbar die Anspruchberechtigten sein sollen — „tritt besonders darin zutage, daß jetzt das Familienmitglied sowohl der Kasse gegenüber als auch vor den Behörden zur Geltendmachung des Anspruchs berechtigt ist, ferner darin, daß ein Armenverband, der das Familienmitglied unterstützt hat, dafür aus dessen Anspruch gegen die Krankenkasse Ersatz nach §§ 1531 ff. beanspruchen kann."

Die letzte Folgerung entspricht nicht den hierzu ergangenen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts. Es wird darin gerade die umgekehrte Auffassung vertreten, nämlich, daß dem Armenverbande wegen einer einem armenrechtlich unselbständigen Familienmitgliede gewährten Unterstützung dann kein Anspruch auf Ersatz gemäß §§ 1531 ff. RVO. zusteht, wenn das Familienmitglied selbst der Krankenkasse

gegenüber anspruchsberechtigt ist, weil der für die Armengesetzgebung geltende Grundsatz der armenrechtlichen Familieneinheit auch in bezug auf die Ersatzansprüche der Armenverbände Anwendung finden müsse. Aus dieser Rechtsprechung ergeben sich allerdings große Unbilligkeiten, wie ich in meinem Aufsatz: „Die armenrechtliche Familieneinheit und die Ersatzansprüche der Armenverbände" in Arb.-Vers. 1921 S. 21 ff. dargetan habe. Sollte sich nun die Auffassung durchsetzen, daß bei der Familienkrankenhilfe die Familienmitglieder unmittelbar anspruchsberechtigt sind — für die Familien**wochenhilfe** ist dies durch das Gesetz über Aenderungen der Reichsversicherungsordnung vom 21. Juli 1922 (RGBl. S. 654) jetzt ausdrücklich bestimmt —, so würde ein Armenverband, der einem armenrechtlich unselbständigen Familienmitgliede wegen Krankheit oder Entbindung Unterstützung gewährt hat, in keinem Falle mehr Ersatz fordern können, mag das Familienmitglied auf Grund eigener Versicherung, nach § 205a und b RVO. oder nach dem Gesetz über die Wochenfürsorge anspruchsberechtigt sein. Eine Rechtsprechung, die solchen Zustand schafft, kann unmöglich aufrechterhalten werden; denn sie verstößt doch völlig gegen das Rechtsempfinden und kann nur mit der ganz willkürlichen Anwendung jenes armenrechtlichen Grundsatzes, der lediglich für die Feststellung des Unterstützungswohnsitzes Sinn hat, begründet werden. Es dürfte daher an der Zeit sein, daß das Reichsversicherungsamt seinen Standpunkt endlich aufgibt, da an eine Aenderung der gesetzlichen Bestimmungen, wie ich sie in dem erwähnten Aufsatz vorgeschlagen habe, vorläufig erst recht nicht zu denken ist.

Richard **Gräbig**, Stadtoberinspektor in Berlin.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Verbandstag der Landesversicherungsanstalten.

Am 5. und 6. Oktober fand in Münster der diesjährige ordentliche Verbandstag der Landesversicherungsanstalten statt. Mit Ausnahme der Landesversicherungsanstalt Berlin gehören dem Verbande alle Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an. Auch die Sonderanstalten, deren Vertreter bislang nur immer als Gäste an den Verhandlungen teilnahmen, sind nunmehr der Organisation als vollberechtigte Mitglieder beigetreten. Alle Anstalten hatten auch Vertreter entsandt, in der Regel zwei beamtete Vorstandsmitglieder und je einen Beisitzer aus dem Kreise der Arbeitgeber und der Versicherten. Insgesamt waren etwa 120 Vertreter anwesend. In Vertretung des verhinderten Verbandsvorsitzenden, Geheimrats Dr. **Schröder**, leitete der zweite Vorsitzende, Geheimrat **Liebrecht**, die Verhandlungen.

Der Präsident des Reichsversicherungsamts, Dr. **Kaufmann**, führte in einer Ansprache etwa folgendes aus: Die soziale Fürsorge läuft Gefahr, kapitulieren zu müssen. Auf der einen Seite sind die Bedürfnisse ins Riesenhafte gestiegen, auf der anderen Seite sind die zur Verfügung stehenden Geldmittel immer knapper geworden. Der weitere Bestand der sozialen Versicherung wird nur möglich sein, wenn verschiedenes Beiwerk beseitigt wird. Dieses Bestreben gehört zu den Problemen bei der Reform der sozialen Fürsorge. Die Geldrente wird nicht mehr, wie bisher, das Kernstück sein können. Viel größerer Nachdruck muß auf die vorbeugenden und verhütenden Maßnahmen gelegt werden. Besondere Beachtung beansprucht die Kinder- und Jugendfürsorge. Mit Recht hat schon der Hauptverband der Ortskrankenkassen zu einer Hilfsaktion für das deutsche Kind aufgerufen. Es wird eine Hauptaufgabe der Reichsversicherungsordnung sein, hier ihre Schuldigkeit zu tun. Aber von dem Praktiker müssen weiter die Furchen gezogen werden. — Einige andere Gäste, wie z. B. die Vertreter des bayerischen und sächsischen Landesversicherungsamts hielten ähnliche Ansprachen.

Ein Geschäftsbericht über die Tätigkeit des „Ständigen Ausschusses" (des Verbandsvorstandes) im letzten Jahr, wurde nicht erstattet. Im Verlaufe der Verhandlungen wurde das bemängelt und es wurde zugesagt, daß auf der Tagesordnung des nächsten Verbandstages ein solcher Punkt angesetzt wird.

Ueber das Gesetz vom 18. 7. 22 (RGBl. S. 649, Arb.-Vers. S. 374) sprach Landesrat **Görling** (Kassel). Man habe eine Ausgestaltung der Leistungen und der Beiträge vorgenommen. Man müsse aber anzweifeln, daß die neuen Lasten eine genügende Deckung haben. Die Teuerungszulagen zu den Renten seien allzusehr auf dem Umlageverfahren aufgebaut. Geheimrat **Düttmann** (Oldenburg) tritt für allgemeine Erhöhung der Beiträge zur Invalidenversicherung ein. Sonst werde die ganze Invalidenversicherung verschwinden, wenn die wirtschaftliche Krise kommt. Dem Reichstag müsse gesagt werden, daß er für die Sicherheit der Versicherungsanstalten etwas tun müsse. Das erwähnte Gesetz vom 18. 7. 22 brachte den Landesversicherungsanstalten Mehrausgaben von 6 Milliarden Mark jährlich. Dabei beträgt das ganze Vermögen der Anstalten nur erst etwa 3 Milliarden. Verteilt man die 6 Milliarden auf 2 Millionen Rentenempfänger, so entfällt auf den einzelnen recht wenig. Bürgermeister **Kleeis** führte aus, daß die Mehreinnahmen nur durch den Anbau von weiteren Lohnklassen beschafft werden können. Die Erhöhung der Beiträge in den bisherigen Klassen müßten die Versicherten ablehnen. Die 3 Milliarden Vermögen der Versicherungsanstalten seien in drei Jahrzehnten unter manchen Schikanen gegenüber den Versicherten zusammengespart worden. Heute aber decken sie etwa die Ausgaben eines Vierteljahres. Was wir heute sparen und aufstapeln können, würde in einigen Jahren bei der fortschreitenden Geldentwertung doch wieder ganz belanglos sein. Man solle daher vom Kapitaldeckungsverfahren langsam los und zum Umlageverfahren kommen. Beschlossen wurde folgender Antrag:

„Das Gesetz vom 18. 7. 22 hat den Landesversicherungsanstalten eine Rentenbelastung auferlegt, der eine entsprechende Erhöhung der Einnahmen nicht gegenübersteht. Wenn auch vielleicht bei Fortbestand der jetzigen Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt die Deckung der Ausgaben für Rentner noch möglich werden wird, so ist doch bei wirtschaftlichen Krisen, namentlich bei Eintritt einer umfangreicheren Arbeitslosigkeit, damit zu rechnen, daß die Beitragseinnahmen hierfür nicht mehr ausreichen werden. Sollten daher weitere Rentenerhöhungen zu Lasten der Versicherungsanstalten in Aussicht stehen, so müßten diese zur unerläßlichen Voraussetzung haben, daß die Beiträge entsprechend erhöht werden. Ein beschleunigter Aufbau neuer Lohnklassen nach den jeweiligen Geldverhältnissen ist mit Hilfe des Sozialpolitischen Ausschusses des Reichstags dringend erforderlich".

Sodann wurde zum Gesetz betr. **Notstandsmaßnahmen für Empfänger von Ren-**

ten aus der Invaliden- und Angestelltenversicherung nach einem Berichte des Geheimrats Dietel (Weimar) folgende Entschließung angenommen:

„Der Verbandstag der Landesversicherungsanstalten Deutschlands hält bei der fortschreitenden Geldentwertung und Verteuerung aller Lebensmittel und Bedarfsartikel des täglichen Lebens eine schleunige Heraufsetzung der Höchstgrenze des anzurechnenden Einkommens zur Gewährung der Notstandsbeihilfe an Sozialrentner für dringend geboten."

Ueber Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung berichtete Verbandssyndikus Görling (Kassel). Er betonte die Unhaltbarkeit des Nebeneinanderbestehens der beiden selbständigen Versicherungszweige. Es sei ein Gesetzentwurf in Vorbereitung, der eine Angleichung der beiden Versicherungen anstrebe. Insbesondere wird versucht, eine beider- und gegenseitige Anrechnung der Beiträge auf die Anwartschaft, die Wartezeit und die Höhe der Rente herbeizuführen. Auch das Wiederaufleben der Anwartschaft werde davon berührt. Vor allem sei eine klare und bestimmte Abgrenzung des Kreises der Versicherten erforderlich, wobei allerdings die Invalidenversicherung keine Beschränkung erfahren dürfe.

Im Gegensatz zu dieser Ausführung trat Welker (Berlin) für Beseitigung der Doppelversicherung in dem Sinne ein, daß alle Angestellten aus der Invalidenversicherung herausgenommen werden. Weiter müßten die Voraussetzungen für den Rentenbezug, soweit das erforderliche Maß der Erwerbsunfähigkeit in Frage kommt, bei beiden Versicherungen gleich sein. Maßgebend müssen die günstigeren Bestimmungen der Angestelltenversicherung sein. Man könne auf den Bezug von Renten aus zwei Versicherungen verzichten, wenn eine hoch genug sei. Es müsse deshalb eine einheitliche Grundrente eingeführt werden. Die beabsichtigte Beseitigung der freiwilligen Weiterversicherung sei nicht nur aus materiellen, sondern auch ideellen Gründen abzulehnen.

Es wurde folgende Entschließung angenommen:

„Die Vollversammlung der Träger der Deutschen Invalidenversicherung hält nach wie vor an der gesetzlichen Verschmelzung der Invaliden- und Angestelltenversicherung fest. Für diese Forderung ist die Erkenntnis maßgebend, daß eine für das Wirtschaftsleben brauchbare Abgrenzung des beiderseitigen Versichertenkreises nicht möglich ist, sowie daß keine Art der Trennung eine klare und reibungslose Durchführung der beiden Versicherungen gewährleistet, vielmehr jede weitere Trennung die Interessen aller Versicherten, insbesondere der der Invalidenversicherung, unter Vermehrung der schon jetzt bestehenden Schwierigkeiten schädigt."

Kurzfristige Darlehen der Reichskreditgesellschaft an die Krankenkassen.

Die Reichskreditgesellschaft m. b. H., Berlin W. 9, Eichhornstraße 9, hat sich grundsätzlich bereit erklärt, Mittel für diesen Zweck flüssig zu machen. Der Kredit soll gegen Wechsel mit dreimonatiger Lauffrist gewährt werden. Außerdem haben die Kassen eine Bescheinigung des Versicherungsamts darüber beizubringen, daß der Kredit lediglich benötigt wird zur Behebung einer vorübergehenden Zahlungsschwierigkeit, die durch die Erhöhung der Grundlöhne oder in Verbindung damit durch die den Aerzten für das dritte Vierteljahr zu gewährenden Honorarzuschläge eingetreten ist. Die Bescheinigung muß ferner ausweisen, daß die Innehaltung der dreimonatigen Rückzahlungsfrist durch den voraussichtlichen Beitragseingang gewährleistet ist. Es wird entschieden abgelehnt, Kredite für solche Kassen zur Verfügung zu stellen, die aus anderen Gründen ihre Einnahmen nicht mit ihren Ausgaben in Einklang bringen können. Diese Kassen müssen durch Steigerung der Einnahmen oder Herabsetzung der Leistungen ihren Haushalt ins Gleichgewicht bringen.

Beantwortung von Anfragen.

Den Beziehern der „Arbeiter-Versorgung" erteilen wir Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet gegen eine der fortschreitenden Geldentwertung angemessene und von Fall zu Fall festzusetzende Vergütung bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung dazu oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Die Veröffentlichung an dieser Stelle behalten wir uns vor.

a) Ersatzanspruch des Armenverbandes bei Wochenhilfe. b) Zur Erstattungspflicht des Reiches bei Familienhilfe.

1. **Nach Dessau.** Antwort: a) In welchem Umfange der Armenverband Ersatz für die einer hilfsbedürftigen Wöchnerin geleistete Wochenhilfe von der Krankenkasse beanspruchen kann, ist nach den §§ 1531 ff. RVO. zu entscheiden, und zwar kommt hier namentlich § 1533 Ziff. 3 in Betracht. Hierbei ist für den Unterhalt im Krankenhause die Hälfte des Grundlohnes anzusetzen (Ziff. 3 Satz 2). Zur Bestreitung des Unterhalts soll, wie sonst das Krankengeld, hier das Wochengeld dienen. Darum ist § 1506 anzuwenden. Demnach darf in der Regel das Wochengeld nur bis zur Hälfte in Anspruch genommen werden, so daß die andere Hälfte der Wöchnerin verbleibt. Nur wenn der Wöchnerin im Krankenhause vollständiger Unterhalt gewährt worden ist, ist der Anspruch auf Ersatz bis zum vollen Betrage des Wochengeldes begründet. Das Stillgeld kann nur insoweit in Anspruch genommen werden, als der Armenverband eine ihm entsprechende Leistung (§ 1533 Ziff. 3 Satz 1) gewährt hat. Das Stillgeld ist dazu bestimmt, der Wöchnerin die Beschaffung einer besonderen Ernährung zu ermöglichen, damit sie den Säugling selbst stillen kann. Aus ihm kann also der Armenverband nur dann Ersatz verlangen, wenn er für die Wöchnerin deswegen besondere Aufwendungen macht, weil sie selbst stillt. Für diese kann das Stillgeld gegebenenfalls bis zu seinem vollen Betrage in Anspruch genommen werden. Regelmäßig ist die Uebertragung der Ansprüche des Versicherten gegen die Kasse nur in Höhe derjenigen Ersatzansprüche zulässig, die dem Armenverbande gesetzlich zustehen (zu vgl. § 119 Ziff. 3 RVO.). Soll eine Uebertragung über die Ersatzansprüche hinaus stattfinden, so ist die Genehmigung des Versicherungsamtes erforderlich (§ 119 Abs. 2).

b) Nach § 205d Abs. 1 RVO. in Verbindung mit § 197 Abs. 1 Satz 2 in der Fassung des Gesetzes v. 9. 6. 22 gilt als Wert der bei der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlichen ärztlichen Behandlung der Betrag von 300 M. Er ist nach § 205d Abs. 1 Satz 1 vom Reich zur Hälfte, also mit 150 M. zu erstatten. Das gilt aber nur, soweit ein Anspruch aus §§ 195a und 205a

RVO. besteht, und dies setzt eine Entbindung im eigentlichen Sinne, also die Geburt eines lebensfähigen Kindes voraus. Sollte es sich aber in dem von Ihnen bezeichneten Falle „anormaler Geburt" etwa um eine Fehlgeburt gehandelt haben, so daß die ärztliche Behandlung nur als Familienkrankenpflege auf Grund von § 205 b RVO. gewährt worden wäre, ohne daß ein Anspruch aus § 205 a bestand, so handelte es sich nicht um eine Regelleistung, sondern nur um eine Mehrleistung, und zu deren Erstattung ist das Reich nicht verpflichtet.

Wartezeit für das Krankengeld bei erneuter Erkrankung aus der gleichen Ursache.

2. **Nach Lohr a. M.** Antwort: Wenn der Versicherte nach der ersten Erkrankung eine Zeitlang weder arbeitsunfähig noch einer Maßnahme der Krankenpflege (ärztliche Behandlung oder Heilmittel) bedürftig war und demnächst wieder erkrankte, so liegt ein neuer Versicherungsfall auch dann vor, wenn die Wiedererkrankung auf derselben nicht gehobenen Krankheitsursache wie im vorigen Falle beruht. Dann sind folglich auch die Wartetage für den Krankengeldbezug (§ 182 Ziff. 2, § 191 Abs. 2 RVO.) zu beachten, gleichviel ob der Versicherte im vorangegangenen Falle bereits Krankengeld bezogen hatte oder nicht.

Bemessung der Kosten für Krankenhauspflege.

3. **Nach Spremberg.** Antwort: Durch Erteilung des sogenannten „Garantiescheins" hat die Kasse nicht nur die Gewährung der Krankenhauspflege an sich, sondern auch die Pflege in dem bestimmten Krankenhause, und selbstverständlich unter den für dieses Krankenhaus geltenden Bestimmungen, bewilligt und genehmigt. Die Kasse kann gegenüber der Rechnung der Krankenhausverwaltung und der Aerzte nicht geltend machen, daß sie die Bedingungen, unter denen die Pflege und die ärztliche Behandlung dort gewährt werden, nicht gekannt habe. Es war Sache der Kasse, sich hierüber vorher zu unterrichten. Hat sie das unterlassen und eine Abmachung über die Höhe der Vergütung nicht getroffen, so ist die taxmäßige oder, in Ermangelung einer Taxe, die übliche (nämlich die am Orte des Krankenhauses übliche Vergütung zu zahlen (§ 612 BGB.). — Die Kasse scheint noch in einem anderen Rechtsirrtum befangen zu sein, wenn sie annimmt, daß dem Kranken nur der beschränkte Anspruch aus § 214 RVO. zustehe, weil er bei der Kasse „inzwischen abgemeldet" worden sei. Das ist nicht richtig. Der Anspruch besteht im vollen Umfange nach §§ 182 ff, wenn die Krankheit schon während der Mitgliedschaft bestanden hatte.

Wie sind Ansprüche der Krankenkasse auf Rückzahlung der nach älterem Recht gewährten Leistungen der Wochenfürsorge geltend zu machen?

4. **Nach Labiau.** Frage: Das Versicherungsamt hat in mehreren Fällen, in denen die Prüfung der Minderbemitteltheit noch der Kasse oblag, die Zahlung von Wochenfürsorge beanstandet, nachdem die vom Versicherungsamt nachträglich angestellten Ermittelungen über die Einkommensverhältnisse den Anspruch als unbegründet erwiesen. Auf welchem Wege ist es der Kasse möglich, die zu Unrecht gezahlten Beträge von den Wöchnerinnen einzuziehen? Kann der zuständige Amtsvorsteher beauftragt werden, die Beträge evtl. zwangsweise einzuziehen oder muß der Betrag erst gerichtlich eingeklagt werden?

Antwort: Es handelt sich um Fälle, die noch nach dem Wochenhilfegesetz in der Fassung vom 22. 5. 20 (RGBl. S. 1069, ArbVers. S. 348) zu beurteilen waren. Für das Verfahren bei Streit zwischen den Empfangsberechtigten und den Kassen über die Leistungen der Wochenfürsorge hatte daher der § 23 des bezeichneten Gesetzes zu gelten, wonach die Vorschriften der RVO. über das Verfahren bei Streitigkeiten aus der Krankenversicherung, also die Vorschriften über das Spruchverfahren anzuwenden waren und — wie das Reichsversicherungsamt annimmt — auch jetzt noch anzuwenden sind (Entsch. 2704 Amtl. Nachr. 1922 S. 359, ArbVers. 1922 Heft 28 S. 446; zu vgl. aber Anm. das. S. 447). Geht man hiervon aus, so ist in dem gleichen Verfahren auch über den Anspruch der Kasse gegen die Empfänger auf Rückgewähr der Leistung zu entscheiden (zu vgl. Entsch. des großen Senats I des RVA. 2559 Amtl. Nachr. 1920 S. 169, ArbVers. 1920 S. 330).

Verjährung der Strafverfolgung wegen unrichtiger Meldung des Beginns der Beschäftigung.

5. **Nach N.** Antwort: Die Verletzungen der Meldevorschriften sind strafbare Unterlassungen (§§ 317, 530 RVO.). Die Verjährung solcher Unterlassungsdelikte (§ 147 RVO.) beginnt mit der Nachholung der versäumten Handlung oder mit sonstiger Erledigung der Pflicht zu dieser Handlung. Aus § 317 Abs. 1 RVO., wonach die Beschäftigten binnen drei Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung zu melden sind, wird mit Recht gefolgert, daß die Meldung den Zeitpunkt des Beginns oder Endes angeben muß (Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1 d zu § 317), und zwar selbstverständlich den richtigen Zeitpunkt. Wenn also der säumige Arbeitgeber in der verspäteten Anmeldung den Beginn der Beschäftigung unrichtig angibt, so ist zwar die Pflicht zur Anmeldung des Beschäftigten erledigt, nicht aber auch die Pflicht zur Angabe des Beginns der Beschäftigung. Insoweit dauert vielmehr der Tatbestand des § 530 Abs. 2 RVO. fort, wonach bestraft werden kann, wer die Vorschriften über die Meldung Versicherungspflichtiger „in anderer Weise" (als durch Nichtmeldung) verletzt. Daher kann die Frist für die Verjährung der Strafverfolgung insoweit nicht zu laufen beginnen, bevor die richtige Zeitangabe nachgeholt ist.

Krankengeld für einzelne bestimmte Tage im Laufe der Heilbehandlung.

6. **Nach Löwenberg (Schlesien).** Antwort: Die Ansicht des Hauptversorgungsamts, daß das Krankengeld nur nach der Kassensatzung gezahlt werden könne, die aber eine tageweise Zahlung nicht vorsehe, ist irrig. Gerade das Gegenteil ist richtig. Denn aus § 182 Ziff. 2 RVO. (und aus jeder Satzung, die eine entsprechende Bestimmung enthält) ergibt sich von selbst, daß das Krankengeld immer nur tageweise, nämlich immer nur für die einzelnen Tage, an denen der Versicherte infolge seiner Kranheit arbeitsunfähig ist, gewährt wird. Wenn also der Arzt bescheinigt, daß der kriegsbeschädigte Versicherte an den Tagen „nach den Chiningaben" (d. h. offenbar: infolge der Anwendung und unter der Wirkung dieses Heilmittels) arbeitsunfähig ist, so hat der Versicherte für diese Tage, und zwar „nur" für diese Tage das Kassenkrankengeld zu beanspruchen.

Unzulässige Zuziehung fremder Personen zu Sitzungen des Kassenvorstandes.

7. **Nach D.** Antwort: Die Sitzungen der Kassenorgane sind nach § 11 RVO. nicht öffentlich. Mit dieser Vorschrift ist es schon an sich nicht wohl vereinbar, daß der Vorsitzende des Kassenvorstandes dauernd in den Sitzungen das Protokoll durch seinen Privatsekretär führen läßt, der in keinem Dienst-

verhältnisse zur Kasse steht und daher nicht einmal zur Verschwiegenheit verpflichtet ist (zu vgl. Gründe der Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts in Arb.-Vers. 1915 S. 497). Es kommt aber noch hinzu, daß die Kassensatzung im Anschluß an die Vorschrift über die Nichtöffentlichkeit der Sitzungen bestimmt, daß die Beschlüsse vom „Schriftführer" in das Protokollbuch einzutragen sind und daß der Vorsitzende „Angestellte, welche die Geschäfte der Kasse erledigen, als Auskunftspersonen zuziehen" kann. Das weist darauf hin, daß andere Personen, die weder dem Vorstand angehören noch im Dienste der Kasse stehen, mit jenen Aufgaben nicht betraut und überhaupt nicht zu den Sitzungen zugezogen werden dürfen. Eine solche Bestimmung der Satzung ist, da sie weder einer gesetzlichen Vorschrift noch dem Zwecke der Kasse zuwiderläuft, vielmehr durch § 11 RVO. gerechtfertigt ist, zulässig und verbindlich (zu vgl. § 323 RVO. und Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. zu § 323). Das Verfahren des Vorsitzenden ist daher unzulässig. Er wird nötigenfalls durch das Versicherungsamt zur Beachtung des Gesetzes und der Satzung anzuhalten sein (§§ 30, 31 RVO.).

Pauschalbeträge für Zeitverlust für die Mitglieder des Kassenvorstandes.

8. **Nach D.** Antwort: Pauschalbeträge kann die Krankenkasse den Vertretern sowohl der Versicherten als der Arbeitgeber nach § 21 Abs. 2 RVO. nur für Zeitverlust gewähren, nicht auch für Mühewaltungen (zu vgl. Abs. 1). Die Festsetzung der Pauschalbeträge hat aber durch die Satzung zu erfolgen (Abs. 2 Satz 2 und § 321 Ziff. 8 RVO.) und sie bedarf außerdem der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Wenn die Kasse den Vertretern im Vorstande „pro Kopf und Sitzung" 50 M. zahlt „als ungefähren Arbeitsverdienstverlust", so ist das nichts anderes als die Festsetzung eines Pauschalbetrages im Sinne der angeführten Vorschriften. Mit Recht fordert daher das Oberversicherungsamt Aufnahme einer entsprechenden Bestimmung in die Satzung und Einholung der „Zustimmung" des Oberversicherungsamts (die neben der „Genehmigung" nach § 324 erforderlich ist, zu vgl. Entsch. des RVA. 2642, Amtl. Nachr. 1921 S. 315, Arb.-Vers. 1922 S. 392). Dagegen ist dem Oberversicherungsamt nicht zuzustimmen, wenn es annimmt, daß es „unzulässig" sei, auch dem Vorsitzenden jene 50 M. für jede Sitzung zu gewähren, weil er bereits satzungsgemäß eine Entschädigung von 800 M. monatlich für Zeitverlust erhalte. Die Satzung spricht hierbei von einer „besonderen" Entschädigung des Vorsitzenden für den ihm durch seine Amtsgeschäfte erwachsenden Zeitverlust, und es liegt nahe, dies dahin zu verstehen, daß er diesen Betrag für die ihm obliegenden Mehrleistungen neben dem allen Vorstandsmitgliedern, also auch ihm zustehenden Pauschalbetrage für die Sitzungen erhalten soll. Ob das gerechtfertigt ist, ist nicht eine Frage der Zulässigkeit, sondern nur der Angemessenheit, die freilich das Oberversicherungsamt mit zu prüfen hat, wenn es sich über die ihm obliegende Zustimmung schlüssig macht.

Muttermal als Krankheit?

9. **Nach Berlin.** Antwort: Krankheit im Sinne des § 182 RVO. ist ein regelwidriger körperlicher (oder geistiger) Zustand, der arbeitsunfähig macht oder, zum Zwecke der Heilung oder Milderung, ärztliche Behandlung oder Anwendung von Heilmitteln erfordert. Das kann auch bei einer angeborenen Mißbildung zutreffen (z. B. beim Schielen; vgl. Arb.-Vers. 1919 S. 255 Ziff. 1). Bei einem angeborenen Muttermal aber wird es kaum jemals zutreffen. Es ist ein Schönheitsfehler, der die Gesundheit nicht beeinträchtigt und für dessen Beseitigung daher die Kasse nicht aufzukommen braucht.

Beitreibung von Beiträgen unabhängig von vorgängiger Mitteilung einer Beitragsberechnung.

10. **Nach W.** Antwort: Nach Ihren Angaben hat der Arbeitgeber von der Kasse „die Zustellung einer (spezifizierten) Beitragsrechnung vor Bezahlung der Beiträge" gefordert. Das Versicherungsamt hat diesen Anspruch zurückgewiesen. Das Oberversicherungsamt dagegen hat auf erhobene Beschwerde „die Kasse für verpflichtet erachtet, dem Beschwerdeführer auf sein Verlangen für die Einzahlung der Kassenbeiträge eine spezifizierte Rechnung zu übersenden". Diese Entscheidung, die ausdrücklich auf § 405 Abs. 2 RVO. gestützt wird, kann nur dahin verstanden werden, daß der Arbeitgeber vor Empfang der Beitragsrechnung zur Zahlung nicht verpflichtet sei. Das ist ein Irrtum. Auch wir meinen, daß dem Arbeitgeber auf Verlangen eine solche Rechnung mitgeteilt werden muß (Hahn, Anm. 2 zu § 393 RVO.; Arb.-Vers. 1911 S. 456 Ziff. 15). Aber hiervon kann seine Zahlungspflicht nicht abhängen. Die Höhe der Beiträge, die Grundlagen für ihre Berechnung und die Zahlungszeiten ergeben sich aus der Satzung. Mit Ablauf des Zahltages ist der Beitrag rückständig und kann nach § 28 RVO. beigetrieben werden. Wenn die Kasse sich schlechthin weigerte, dem Arbeitgeber die geforderte Berechnung zu erteilen, so könnte sie im Aufsichtswege hierzu angehalten werden, aber die Fälligkeit und Beitreiblichkeit der Beiträge würden durch die Weigerung nicht berührt. Deshalb halten wir die Entscheidung des Oberversicherungsamts für einen Fehlspruch. Da sie aber, wie erwähnt, dahin zu verstehen ist, daß der Arbeitgeber vor Empfang der Berechnung zur Einzahlung der Beiträge nicht für verpflichtet erachtet wird, so liegt eine nach § 405 Abs. 2 RVO. endgültige, also in keiner Weise weiter anfechtbare Entscheidung vor. Die Rechtskraft der Entscheidung wirkt indessen nicht über den erhobenen und durch die Entscheidung erledigten Einzelanspruch hinaus. Die Kasse kann daher die Streitfrage zu einem grundsätzlichen Austrage bringen, indem sie sich bei Fälligkeit eines weiteren Beitrags wieder so verhält wie in dem entschiedenen Falle und dann vor dem Oberversicherungsamt beantragt, die Sache gemäß §§ 1799, 1693 RVO. an das RVA. abzugeben.

Die Betriebskrankenkasse hat ausgesteuerten Kriegsbeschädigten, die ihr nicht mehr angehören, keine Versorgungsleistungen zu gewähren.

11. **Nach Berlin.** Antwort: Kriegsbeschädigte, die von der Betriebskrankenkasse ausgesteuert sind und sich nach Beendigung ihrer Pflichtmitgliedschaft bei ihr nicht freiwillig weiterversichert haben, müssen sich wegen ihrer weiteren Versorgungsansprüche, und zwar sowohl wegen der Heilbehandlung als auch wegen der Geldleistungen, an die allgemeine Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, an die Landkrankenkasse ihres Wohnorts wenden (§ 8 Abs. 3 RVG., Ziff. 6, 14, 29, 39 der Leitsätze). Der Betriebskrankenkasse liegt hinsichtlich dieser Personen keine Leistungspflicht ob.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Windolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88.

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; G. h. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1373 der ganzen Folge.

39. Jahrgang | 11. Dezember 1922 | Heft 35

Der Einfluß des Streiks auf die Krankenversicherungspflicht.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Die Frage, ob durch die Erklärung des Beschäftigten, die Arbeit unter den bisherigen Bedingungen nicht fortsetzen zu wollen, in Verbindung mit der Einstellung der Tätigkeit im Betriebe die Versicherungspflicht berührt wird, kann nur dann zutreffend beantwortet werden, wenn über die Bedeutung der Beschäftigung für die Versicherungspflicht volle Klarheit herrscht. Begründet wird die Versicherungspflicht durch ein Beschäftigungsverhältnis gegen Entgelt, wobei auch freier Unterhalt als ausreichender Entgelt angesehen wird. Ein Beschäftigungsverhältnis ist von der Beschäftigung als solcher grundverschieden. Ein Beschäftigungsverhältnis setzt nicht die tatsächliche Ausführung von Arbeiten voraus, sondern kann auch vorliegen, wenn nicht gearbeitet wird. Unbedingte Voraussetzung für das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses ist das Recht und die Möglichkeit des Arbeitgebers, über die Arbeitskraft des Arbeitnehmers zu verfügen. Trotz gegenseitiger Abrede unter den Beteiligten besteht diese Verfügungsgewalt nicht, wenn ihre Ausübung tatsächlich unmöglich ist; vgl. RVA. Entsch. v. 6. Februar 1915 (Amtl. Nachr. S. 371) und vom 21. April 1917 (Amtl. Nachr. S. 560). Auch durch die Vereinbarung, daß nach der Unterbrechung das Arbeitsverhältnis wieder aufgenommen werden soll, kann demgegenüber ebenso wenig die Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses begründet werden, wie durch die Fortzahlung des Entgelts während der Unterbrechung der Beschäftigung. Ist die Beschäftigung aufgenommen, so braucht die Beschäftigung, damit die Versicherung erhalten werde, nicht ununterbrochen fortgesetzt zu werden. Es genügt, daß das Beschäftigungsverhältnis weiterbesteht. Weder Urlaub, noch Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit heben das Beschäftigungsverhältnis im Sinne des Gesetzes auf. Dieses Verhältnis kann fortbestehen, auch wenn die Tätigkeit des Arbeiters durch Krankheit und Arbeitsunfähigkeit unterbrochen wird. Es muß also als beschäftigt im Sinne des Gesetzes auch derjenige gelten, dessen Arbeitskraft dem Arbeitgeber vertragsmäßig während der Arbeitsunfähigkeit zur Verfügung steht, der sich zu dem Arbeitgeber während dieses Zustandes noch weiter in einem Arbeitsverhältnis befindet; vgl. OVG.-Entsch. vom 5. März 1896 (Bd. 29 S. 345), RVA.-Entsch. vom 16. Nov. 1914 (Amtl. Nachr. S. 813) und vom 25. Januar 1915 (Amtl. Nachr. S. 431).

Wenn für die Begründung der Krankenversicherungspflicht lediglich das Vorliegen eines Beschäftigungsverhältnisses maßgebend ist, so kommt es auf den Abschluß und das Bestehen eines zivilrechtlich gültigen Arbeitsvertrages nicht an. Dies ist auch in der Rechtsprechung von Anfang der Krankenversicherung an angenommen worden. So ist z. B. in der Entsch. des bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 10. Juni 1895 (Arb.-Vers. 1896 S. 378) folgendes ausgeführt:

> „Es erscheint zur Begründung eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses nicht notwendig, daß ein privatrechtlich gültiger Arbeitsvertrag vorliegt und entsteht daher z. B. eine versicherungs-

pflichtige Beschäftigung auch dann, wenn ein Minderjähriger ohne Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters in Arbeit tritt, vielmehr ist für das Vorhandensein eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses lediglich die tatsächliche Beschäftigung maßgebend, oder mit anderen Worten: Das Arbeitsverhältnis, an welches die Versicherungspflicht als gesetzliche Folge anknüpft, ist ein tatsächliches und von der rechtlichen Gültigkeit eines Arbeitsvertrages unabhängiges Verhältnis. So wenig aber die Rechtsgültigkeit eines Arbeitsvertrages die Voraussetzung für ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis im allgemeinen bildet, ebenso wenig kann bei einem Lehrlingsverhältnisse der Abschluß eines Lehrlingsvertrages, sondern bloß das tatsächliche Vorhandensein eines Lehrverhältnisses, also eines die Ausbildung des Beschäftigten bezweckenden Verhältnisses in Ansehung der Versicherungspflicht als entscheidendes Kriterium gelten."

Und in der Entsch. v. 12. Okt. 1908 (Arb.-Vers. 1909 S. 350) sind die gleichen Erwägungen in folgender Form zum Ausdruck gebracht:

„Von dem Vorliegen eines ausdrücklich vereinbarten Dienstvertrages sowie einer festen Vereinbarung über die Höhe der für die Dienstleistungen zu gewährenden Entschädigung ist aber die Annahme einer Beschäftigung gegen Lohn im Sinne des § 1 KVG. nicht abhängig; eine solche Beschäftigung ist vielmehr bei dem vorwiegend tatsächlichen Wesen des versicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnisses schon dann als gegeben anzusehen, wenn eine Beschäftigung im Betriebe tatsächlich stattfindet und wenn zugleich die im Betriebe tätige Person zu der Erwartung berechtigt ist, sie werde für ihre Arbeit eine vielleicht nur geringe, so doch jedenfalls nicht ganz unerhebliche Gegenleistung in angemessenen Zeitabständen erhalten."

Der gleiche Standpunkt ist auch in der Entscheidung des Preuß. OVG. vom 2. 3. 93 (Arb.-Vers. S. 418) zum Ausdruck gebracht, während in der Entsch. des Reichsger. in Zivilsachen vom 23. 4. 07 (Bd. 66 S. 43) ausgesprochen ist, daß eine nach den Vorschriften der Gewerbeordnung verbotswidrige Beschäftigung auf die Versicherungspflicht ohne Einfluß ist.

Wenn sonach für die Begründung der Versicherungspflicht das Vorliegen eines zivilrechtlich bindenden Arbeitsvertrages nicht die Voraussetzung bildet, so folgt umgekehrt daraus, daß die Versicherungspflicht trotz Fortbestehen des Arbeitsvertrages erlischt, sobald das Verfügungsrecht des Arbeitgebers aufhört.

Werden diese Grundsätze bei Beantwortung der Frage nach dem Einfluß des Streiks auf die Krankenversicherungspflicht zur Anwendung gebracht, so muß angenommen werden, daß die Versicherungspflicht in allen Fällen mit der Beendigung des tatsächlichen Beschäftigungsverhältnisses infolge Erklärung des Arbeitnehmers, die Arbeit nicht oder nicht unter den bisherigen Bedingungen weiter fortsetzen zu wollen, ihr Ende erreicht.

Aus der völligen Loslösung des die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigungsverhältnisses von dem nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts zu beurteilenden Arbeitsvertrage ergibt sich ferner mit zwingender Notwendigkeit, daß die Prüfung der Frage, ob durch den Streik der Arbeitsvertrag gelöst wird, ganz auszuscheiden hat. Es kommt daher u. a. auch nicht die Vorschrift des § 123 Nr. 3 Gew.-O. zur Anwendung, wonach das unbefugte Verlassen der Arbeit den Arbeitgeber zur sofortigen Entlassung des Arbeiters berechtigt. Um das die Versicherungspflicht begründende Beschäftigungsverhältnis zum Aufhören zu bringen, bedarf es einer Kündigung nicht. Beschäftigt der Arbeitgeber den Arbeiter trotz der Lösung des Arbeitsvertrages durch Kündigung weiter, so besteht das Beschäftigungsverhältnis fort.

Der Streik ist ein Vertragsbruch. Daß durch einen Vertragsbruch das Beschäftigungsverhältnis zur Beendigung gebracht wird, hat auch das Oberverwaltungsgericht — s. Entsch. vom 1. September 1900 (Bd. 38 S. 317) — angenommen. Allerdings lag der Entscheidung ein Vertragsbruch des Arbeitsgebers in der Gestalt einer ungesetzlichen Entlassung des Arbeiters zugrunde, es bedarf aber keiner weiteren Ausführung darüber, daß für den Vertragsbruch des Arbeiters die gleichen Gesichtspunkte zur Anwendung kommen. In dieser Entscheidung ist folgendes ausgeführt:

„Es kann dahingestellt bleiben, ob nicht auch damit das Beschäftigungsverhältnis für das Zivilrecht und das Krankenversicherungsrecht sein Ende erreicht haben würde. Denn für das Krankenversicherungsrecht ist es jedenfalls schon dadurch gelöst worden, daß der Arbeitgeber den Vertrag brach und die Beschäftigte hiervon in Kenntnis setzte. Zivilrechtlich mag es noch nachher bestanden haben, besonders wegen des trotz des Vertragsbruchs dem anderen Teile bleibenden Rechts, die Erfüllung zu fordern. Das Gleiche kann aber nicht für das Krankenversicherungsrecht gelten, für welches sich das Beschäftigungsverhältnis nicht unbedingt mit einem zivilrechtlich wirksamen Beschäftigungsverhältnisse deckt, z. B. anerkanntermaßen anzunehmen ist, obwohl es an der zivilrechtlich notwendigen Genehmigung des Vaters oder des Vormundschaftsgerichts fehlt, und überhaupt das Arbeitsverhältnis

nicht ausschließlich rechtlicher, sondern zu einem wesentlichen Teile tatsächlicher Natur ist. Hier besteht ein solches wie schon bei tatsächlicher Arbeitstätigkeit auf Grund von Willensübereinstimmung zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer, so nicht mehr, wenn ein entgegenstehender Wille ausgesprochen ist und deshalb die Beschäftigung tatsächlich unterbleiben muß und unterbleibt. Es hat das im Krankenversicherungsgesetze selbst besonders dadurch Anerkennung gefunden, daß der Anspruch aus § 28 KVG. (jetzt § 214 RVO.) auch bei einer durch Vertragsbruch des Arbeiters herbeigeführten Erwerbslosigkeit gewährt ist (Entsch. des OVG. Bd. 29 S. 317, Urteil vom 4. 11. 95). Denn wenn dieser Vertragsbruch das Beschäftigungsverhältnis nicht beendigte, könnte es keine dadurch veranlaßte Erwerbslosigkeit geben. Hiernach hat der Vertragsbruch des Arbeitgebers freilich die Wirkung, dem Arbeiter den Anspruch aus dem § 1 des Krankenversicherungsgesetzes zu nehmen und ihm auch den an besondere Voraussetzungen gebundenen und eng begrenzten Anspruch aus § 28 zu beschränken. Es darf aber deshalb noch nicht dem Vertragsbruche des Arbeitgebers und dem für die Auflösung des Arbeitsverhältnisses gleich zu behandelnden Vertragsbruche des Arbeiters die Bedeutung versagt werden, das Arbeitsverhältnis zu lösen, vielmehr kann jeder Nachteil für den Arbeiter nur zu denjenigen Schäden gerechnet werden, wegen deren ihm der Vertragsbruch des Arbeitgebers ein Recht auf Ersatz gibt.

In Theorie und Praxis geht denn auch die wohl als herrschend zu bezeichnende Ansicht dahin, daß für das Gebiet der Krankenversicherung das Beschäftigungsverhältnis durch einen Vertragsbruch beendet wird. So führt Rosin, „Recht der Arbeiterversicherung" Bd. I S. 175 Anm. 5 aus: „Die Beschäftigung hört auf mit Eintritt eines erklärten Kontraktbruchs des Arbeiters, obgleich die Forderung des Arbeitgebers rechtlich, d. h. zivilrechtlich, nicht dadurch berührt wird. Auch umgekehrt für den Fall kontraktwidriger Entlassung des Arbeiters durch den Arbeitgeber muß das Gleiche trotz des für den Arbeiter bestehenden Rechtsanspruchs behauptet werden: animo in contrarium acto kann kein Besitz bestehen; doch kann die mittelbare Einwirkung auf den Bestand der Versicherung Entschädigungsansprüche erzeugen." Vgl. ferner noch z. B. Weyl, Lehrbuch des Reichsversicherungsrechts S. 129 Anm. 2, die Entsch. des Badischen Verwaltungsgerichtshofs vom 28. 9. 98, Arb.-Vers. Bd. 11, S. 614 in den Worten: „Durch gegenseitige Willensübereinstimmung erhalten bleibt (vgl. Rosin, Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 1 S. 177"), die Antwort des Herausgebers der Arbeiter-Versorgung in Bd. 16 derselben S. 412 unter Nr. 3, daß in Bd. 29 S. 345 der Entsch. des Oberverwaltungsgerichts angezogene Urteil in den Worten: „Und dazu bedarf es einer Willenserklärung seitens des Arbeiters oder Arbeitgebers", auch das Urteil des Oberverwaltungsgerichts vom 4. Juli 1900 (Entscheidungen Bd. 37, S. 386, Arbeiter-Versorgung Bd. 17 S. 646), in welchem bei einer bloßen tatsächlichen Unterbrechung der Arbeitsleistung Gewicht gelegt worden ist auf das Fortbestehen des Einverständnisses zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeiter darüber, daß der Arbeitsvertrag unberührt bleibe."

Wird somit durch Streik und Aussperrung die Versicherungspflicht aufgehoben, so ist der Arbeitgeber, wenn er die Beiträge nicht aus eigenen Mitteln weiter zahlen will (§ 397 RVO.), verpflichtet, die streikenden oder ausgesperrten Arbeiter abzumelden. Streng genommen ist er hierzu auch dann verpflichtet, wenn der Streik nach Lage der Verhältnisse nur kurze Zeit dauern wird. Immerhin wird in solchen Fällen der Arbeitgeber schon wegen der mit der Abmeldung und demnächstigen Wiederanmeldung verbundenen Weitläufigkeiten die Abmeldung unterlassen und bei Wiederaufnahme des Beschäftigungsverhältnisses nach Abbruch des Streiks die Angelegenheit so behandeln, als ob eine Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses nicht vorgekommen sei. Dabei ist jedoch zu beachten, daß der Arbeitgeber, der die Arbeiter abgemeldet hat, zur Zahlung von Beiträgen nicht verpflichtet ist, wenn er freiwillig oder gezwungen die Verpflichtung übernimmt, für die Streiktage nachträglich den Lohn oder einen Teil davon zu zahlen. Denn hier handelt es sich nicht um einen Entgelt für geleistete Arbeit, sondern um eine Entschädigung, die trotz Fehlens des Beschäftigungsverhältnisses gewährt wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wiedereinsetzung bei Versehen eines Angestellten des beauftragten Rechtsanwalts?

Rek.-Entsch. des **Reichsversorgungsgerichts** vom 9. Mai 1922 (Entsch. 2 S. 249).

Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, der sich das Reichsversorgungsgericht angeschlossen hat, hat eine Partei, die einen Dritten mit der Einlegung eines Rechtsmittels beauftragt, Handlungen und Unterlassungen des Beauftragten selbst zu vertreten (zu vergl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. S. 504, insbesondere Rekursentsch. Nr. 2203 Amtl. Nachr. des RVA. 1907 S. 487, in der ausgeführt wird, daß ein Grund zur Wiedereinsetzung nicht gegeben ist, wenn bei dem mit der Einlegung des Rechtsmittels rechtzeitig beauftragten Rechtsanwalt die den Auftrag betreffenden Schriftstücke vorgelegt werden). Der in der grundsätzlichen Entscheidung des

Reichsversorgungsgerichts vom 15. März 1922 (Entscheid. 2 S. 196 Nr. 76) behandelte Ausnahmefall, daß durch ein Versehen oder irrtümliche Auffassung der mit der Einlegung des Rechtsmittels rechtzeitig beauftragten amtlichen Fürsorgestelle die Einhaltung der Frist versäumt wird, was als ein unabwendbarer, die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand rechtfertigender Zufall angesehen werden kann, liegt hier nicht vor. Es war vielmehr nur zu erörtern, ob oder inwieweit etwa im Hinblick auf die Rechtsprechung des Reichsgerichts (zu vergl. Bd. 96 Seite 322 ff.) das Versehen eines Bureauangestellten des mit der Einlegung des Rechtsmittels beauftragten Rechtsanwalts einen für den Kläger unabwendbaren Zufall im Sinne der Vorschriften über die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand darstellen kann. Das Reichsgericht hat in der erwähnten Entscheidung die Annahme eines unabwendbaren Zufalls als nicht schlechthin ausgeschlossen bezeichnet, wenn durch ein Versehen eines Bureauangestellten des Rechtsanwalts die Rechtsmittelfrist versäumt wird und ausgeführt, daß geprüft werden müsse, ob ein Ereignis vorliegt, das unter den gegebenen, nach der Besonderheit des Falles zu berücksichtigenden Umständen angemessene und vernünftigerweise zu erwartende Sorgfalt weder abzuwenden noch in seinen schädlichen Folgen zu vermindern ist, daß der Rechtsanwalt und sein Vollmachtgeber dann für ein Versehen des Bureauangestellten nicht einzutreten haben, wenn in ausreichendem Maße z. B. die Einhaltung der laufenden Fristen durch Anlegung eines Fristenkalenders und dessen tägliche Einsicht durch den damit beauftragten Angestellten, gegen dessen Zuverlässigkeit keine Bedenken bestehen, sichergestellt ist. Bei Anwendung dieser Auslegungsgrundsätze hat der Senat in dem zur Entscheidung stehenden Falle nicht annehmen können, daß die nach den Umständen gebotene äußerste Sorgfalt zur Sicherstellung der Einhaltung der laufenden Fristen aufgewendet worden ist. Die Vorlegung der Fristsache, deren Vermerk von dem Rechtsanwalt angeordnet worden war, soll infolge Beurlaubung der damit beauftragten Bureauangestellten unterblieben sein. Dieser Zufall kann nicht als unabwendbar angesehen werden, denn der Rechtsanwalt mußte im Falle der Beurlaubung der sonst regelmäßig mit der Vorlegung der Fristsachen und deren Kontrolle betrauten Angestellten dafür Sorge tragen, daß durch die Beurlaubung die Einhaltung der Fristen nicht gefährdet wurde, sich nötigenfalls selbst der Kontrolle der rechtzeitigen Vorlegung der Fristsachen, ihrer Eintragung in den Fristenkalender, unterziehen, da die durch die Beurlaubung eines Bureauangestellten verursachte Mehrbelastung der übrigen Angestellten die Einhaltung der laufenden Fristen nicht wie vielleicht im regelmäßigen Betriebe sichergestellt ist. Dem Antrage auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand war daher auch bei Zugrundelegung der vom Reichsgericht vertretenen Auffassung nicht stattzugeben.

B. Zur Krankenversicherung.

Fortdauernde Beitragspflicht des Hauswirts für den entlassenen Portier, der weiterhin von den Mietern beschäftigt und besoldet wird.

Entscheidung des **Versicherungsamts, Verwaltungsbezirk Charlottenburg,** vom 7. September 1922.

Gründe.

Die Beklagte (Krankenkasse) verlangt von der Klägerin (Hauseigentümerin) Krankenkassenbeiträge für die Portierseheleute B. für die Zeit vom 11. November 1921 bis 1. Januar 1922 und weiterhin. Die Klägerin hat die Eheleute bereits im Mai 1921 entlassen und, da sie die Portierwohnung nicht räumten, beim Amtsgericht die Räumungsklage eingereicht, auch von diesem Zeitpunkt ab kein Portiergehalt mehr gezahlt und durch Schreiben vom 11. November 1921 bei der Kasse mit Wirkung vom 1. März 1921 abgemeldet. Zunächst ist es der Klägerin nicht gelungen, die Eheleute aus der Portierwohnung herauszubekommen. Sie haben sich vielmehr dem im Hause wohnenden Mieterrat zur Fortführung der Portierarbeiten zur Verfügung gestellt und sind auch von den Mietern besoldet worden. Erst am 7. März 1922 ist die Räumung erfolgt. Das Versicherungsamt hat entschieden, daß die Klägerin die Beiträge für die Zeit vom 1. März 1921 bis zum 7. März 1922 zu zahlen hat. — Gründe:

Die Klägerin erkennt ihre Pflicht zur Zahlung von Beiträgen für die Zeit bis zum Tage der Abmeldung der B.'schen Eheleute, den sie als den 11. November 1921, Beklagte als den 25. November 1921 bezeichnet, an. Bis zu diesem Zeitpunkt ist Klägerin bereit, Beiträge zu zahlen. Da nach den von der Beklagten vorgelegten Belegen die Klägerin die ausgefüllten Abmeldezettel am 24. November 1921 der Beklagten zugesandt und diese das Schreiben erst am 25. November 1921 mit den Anlagen erhalten hat, ist zunächst die Klägerin verbunden, für die Zeit vom 1. März 1921 bis einschl. 25. November 1921 die Beiträge für die B.'schen Eheleute zu entrichten.

Aber auch für die weitere Zeit und zwar vom 25. November ab bis zum Tage der Räumung der Portierwohnung durch die B.'schen Eheleute am 7. März 1922 ist Klägerin zur Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge für die B.'schen Eheleute an die Beklagte verbunden. Nach Nr. 9 der Anleitung aus dem Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 ist Voraussetzung der Versicherung für die im Gesetz bezeichneten Personen, daß sie beschäftigt werden, außerdem muß in der Krankenversicherung im allgemeinen für die Tätigkeit ein Entgelt gewährt werden. Nach Nr. 11 daselbst

ergeben sich, wenn auch das eigentliche Wesen der Lohnarbeiterstellung in dem Verhältnis persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit zu einem Arbeitgeber zu suchen ist, notwendig in einzelnen Beziehungen Abweichungen von einer rein zivilrechtlichen Betrachtungsweise. Bei der Krankenversicherung kommt es also nicht, wie nach bürgerlichem Recht, allein auf das rein juristisch festzustellende Arbeitsrechtsverhältnis an, es muß vielmehr das wirtschaftliche Ergebnis in Betracht gezogen und von seiner Bedeutung die Entscheidung abhängig gemacht werden. Dementsprechend hebt Nr. 14 a. a. O. zutreffend hervor: Das Schwergewicht der wirtschaftlichen und tatsächlichen Gesichtspunkte gegenüber den zivilrechtlichen und formalen Gesichtspunkten macht sich auch bei der Beantwortung der Frage geltend, wer als Arbeitgeber anzusehen sei. Von einer nach der Reichsversicherungsordnung hier entscheidenden Erwägung ausgehend, kann nicht die Gesamtheit der Mieter, vertreten durch den Mieterrat, sondern allein die Eigentümerin des Grundstücks, die Klägerin, als Arbeitgeber der Eheleute B. angesehen werden. Wenn auch, nachdem die B.'schen Eheleute im Mai 1921 entlassen waren, und sie kein Portiergehalt von Klägerin erhielten, die Mieter die Vergütung den B.'schen Eheleuten für ihre Portierarbeit entrichteten, wurden diese letzteren doch nicht Arbeitgeber der B.'schen Eheleute im Sinne der Reichsversicherungsordnung. Die Portierarbeiten dienen zur Instandhaltung des Hauses, sie kommen wirtschaftlich überwiegend der Hauseigentümerin zustatten, wenn auch die Mieter einen gewissen Nutzen davon hatten. Der Fall liegt ähnlich wie derjenige, den das Reichsversicherungsamt in seiner grundsätzlichen Entscheidung vom 21. Februar 1906 entschieden hat. Dieser Entscheidung (vgl. Amtliche Nachrichten 1906 S. 513) folgt das erkennende Versicherungsamt. In diesem Falle hat das Reichsversicherungsamt als Arbeitgeber einer Putzfrau, die in einer Schankwirtschaft die den Kellnerinnen obliegenden Putz- und Reinigungsarbeiten verrichtet hatte und von den Kellnerinnen gelohnt wurde, den Inhaber der Wirtschaft angesehen, weil von den Arbeiten der Putzfrau den meisten Nutzen der Wirtschaftsinhaber habe und für den Bestand des Arbeitsverhältnisses als der in letzter Linie maßgebende Teil erscheint. Genau ebenso ist nach der Reichsversicherungsordnung der vorliegende Fall rechtlich zu beurteilen. Auch hier ist der in letzter Linie für den Bestand des Arbeitsverhältnisses maßgebende Teil lediglich die Klägerin als Hauseigentümerin; die möglicherweise ständig wechselnden Mieter oder aber der möglicherweise jährlich wechselnde Mieterrat können als Arbeitgeber nach den persönlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht angesehen werden. Hieran ändert auch nichts, daß die Klägerin die B.'schen Eheleute entlassen hatte und das Arbeitsverhältnis nur wegen der nicht gelungenen Räumung unfreiwillig fortsetzte. Diese Umstände können an der rechtlichen Beurteilung des Arbeitsverhältnisses zwischen den B.'schen Eheleuten und der Klägerin zu Gunsten deren Hausgrundstücks nichts ändern.

Die Klägerin ist deshalb schuldig, der beklagten Ortskrankenkasse die Krankenversicherungsbeiträge für die Eheleute B. vom 1. März 1921 bis 7. März 1922 entsprechend dem den B.'schen Eheleuten gezahlten Lohn zu entrichten.

Wirkung eigenmächtigen Verlassens des Krankenhauses auf den Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 22. Juni 1922 (2718 Amtl. Nachr. 1922 S. 426).

Die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß bei dem von dem Armenverband unterstützten Arbeiter M. Hilfsbedürftigkeit im Sinne des § 1531 RVO. vorgelegen habe, gibt zu einer Beanstandung keinen Anlaß. Weitere Ausführungen in dieser Beziehung erübrigen sich damit. Dagegen läßt sich der Annahme des Oberversicherungsamts, daß der klagende Armenverband keinen Ersatz für seine Leistungen von der beklagten Kasse verlangen könne, weil zur Zeit der Fürsorgeübernahme durch den Armenverband ein Anspruch des M. gegen die Krankenkasse nicht mehr bestanden habe, nicht beitreten. Es ist allerdings davon auszugehen, daß ein Kassenmitglied seines Anspruchs auf die Kassenleistungen in der Regel verlustig geht, wenn er sich der für ihn angeordneten Krankenbehandlung eigenmächtig und ohne Grund entzieht. Ob die Voraussetzungen für diese Annahme nach der Lage des Falles gegeben sind, kann hier dahingestellt bleiben. Jedenfalls kann einem solchen Verhalten des Kassenmitglieds nicht ohne weiteres die Wirkung beigelegt werden, daß damit der im § 1531 bestimmte Ersatzanspruch beseitigt wird. Dieser hat zur Grundlage, daß der Armenverband seiner gesetzlichen Verpflichtung gemäß einen Hilfsbedürftigen unterstützt hat und daher von der Krankenkasse als der Stelle Ersatz erhalten soll, die in erster Linie ihrem in dieser Weise unterstützten Mitglied die im Falle einer Erkrankung erforderliche Unterstützung zu gewähren hat. Schon diese Erwägung legt die Annahme nahe, daß dieser Anspruch nicht allein von einem willkürlichen Verhalten des Unterstützten selbst abhängig sein kann. Wie das Preuß. Oberverwaltungsgericht in ständiger Rechtsprechung angenommen hat (zu vergl. Arbeiter-Versorgung 1901 S. 390, 1908 S. 75; Seelmann, die Ersatzansprüche der Armenverbände zu § 1531 Anm. 8 f), ist der Ersatzanspruch vielmehr auch dann als gegeben anzusehen, wenn der Unterstützte sich satzungswidrig verhalten, insbesondere sich einer ihm von der Krankenkasse gewährten Krankenhausbehandlung entzogen hat. Diesem Grundsatz war beizutreten. Ein Kassenmitglied, das als Hilfsbedürftiger im Sinne des Gesetzes die Armenpflege in Anspruch nimmt, befindet sich in einer Notlage, die den Eintritt des Armenverbandes für ihn zur Folge haben muß. Diese Notlage zwingt ihn, sich den Anordnungen der Stelle, die

für ihn zu sorgen hat, zu unterwerfen und damit auch seinen Widerstand gegen die erforderliche Behandlung seiner Erkrankung aufzugeben. Es ist hierbei nicht zu vermuten, daß der Unterstützte darauf rechnen kann und wird, im Wege der Armenpflege eine für ihn günstigere Krankenpflege als durch die Kasse, der er angehört, zu erhalten. Es ist also auch nicht zu erwarten, daß damit ein Mißbrauch getrieben wird. In einem solchen Verhalten eines Kassenmitgliedes läßt sich daher auch nicht eine Umgehung der Inanspruchnahme der Kasse erblicken. Vielmehr ist diesem Verhalten die Bedeutung beizumessen, daß das Kassenmitglied nunmehr gewillt ist, die für ihn erforderliche Krankenhauspflege anzunehmen und nur durch die Notlage, in der er sich befindet, verhindert ist, sie von der Krankenkasse selbst zu verlangen. Dann können aber auch die Folgen nicht mehr bestehen bleiben, die möglicherweise daran geknüpft sind, daß das Kassenmitglied sich der von der Krankenkasse angeordneten Krankenhausbehandlung entzogen hat. Die Inanspruchnahme des Armenverbandes in einem solchen Falle führt daher zu einer Leistung, die der Leistung der Krankenkasse gleichzustellen und so zu beurteilen ist, als wenn der Unterstützte sie tatsächlich unter Beobachtung der gesetzlichen und satzungsmäßigen Vorschriften von der Krankenkasse in Anspruch genommen hätte. Steht ihm unter diesen Voraussetzungen ein Anspruch gegen die Krankenkasse zu, so ist damit auch der Ersatzanspruch des Armenverbandes nach § 1531 der Reichsversicherungsordnung gerechtfertigt. Wenn das Oberversicherungsamt zu einer anderen Beurteilung gelangt ist, so beruht dies auf einer unrichtigen Anwendung der gesetzlichen Vorschriften. Seine Entscheidung war daher aufzuheben (§ 1697 Nr. 1 a. a. O.).

Im vorliegenden Falle ist dem hilfsbedürftigen Arbeiter M. von dem klagenden Armenverband unter den Voraussetzungen des § 1531 a. a. O. eine Leistung gewährt worden. Der Anspruch auf Ersatz ist damit gegeben und aus den angegebenen Gründen auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil M. das Krankenhaus, in das er auf Kosten der beklagten Krankenkasse untergebracht war, eigenmächtig verlassen hat. Was die Höhe des Ersatzanspruchs anbetrifft, so läßt sich diese auf Grund des bisherigen Akteninhalts nicht bestimmen. Wie bereits in dem früheren in dieser Sache ergangenen Urteil des Reichsversicherungsamts ausgesprochen ist, ist deren Feststellung mit Rücksicht auf die Vorschriften der §§ 1533 Nr. 2, 3, 1503, 1506, 1507 a. a. O. in anderer Weise erforderlich, als dies seitens des Versicherungsamts geschehen ist. Da es hierzu der Beschaffung weiterer tatsächlicher Unterlagen bedarf, war die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung über die Höhe des Anspruchs an das Oberversicherungsamt zurückzuverweisen.

Anmerkung: Gegen die vorstehende Entscheidung erhebt Hoffmann im Zentr.-Bl. der Reichsvers. 1922 Sp. 598 ff. (zu V) Bedenken mit folgender beachtenswerten Begründung:

„Die Auffassung der RVO. beruht also auf der Erwägung, daß das eigenmächtige Verlassen des Krankenhauses als „satzungswidriges" Verhalten des Erkrankten anzusprechen ist. Das ist aber schon deshalb unzutreffend, weil die Gewährung der Krankenhauspflege nicht auf der Satzung, sondern auf dem Gesetz selbst beruht und die Verweigerung der Krankenhauspflege durch Nichtannahme oder durch Verlassen des Krankenhauses mit der Satzung nichts zu tun hat. Denn aus dem Gesetz ergibt sich die auch in ständiger Rechtsprechung gezogene Folgerung, daß eine Pflicht zur Annahme der Leistungen der Krankenkasse nicht besteht und der Versicherte zu einem Verzicht auf die Kassenleistungen berechtigt ist. Der Verzicht der Kassenmitglieder hat aber den Fortfall der Leistungspflicht der Kasse zur Folge. Besteht aber eine Leistungspflicht der Kasse nicht, so ist auch der von dieser abhängige Ersatzanspruch hinfällig.

Auch die Annahme, daß ein Kassenmitglied, das die Krankenhauspflege eigenmächtig aufgibt, hilfsbedürftig ist, kann als berechtigt nicht bezeichnet werden. Beim Verlassen des Krankenhauses wird Hilfsbedürftigkeit nur dann vorliegen, wenn die Krankenhauspflege so mangelhaft war, daß ein Verbleiben im Krankenhause dem Kassenmitgliede nicht zugemutet werden konnte. Da in der Begründung der Entscheidung eine nähere Untersuchung über das Vorliegen der Hilfsbedürftigkeit nicht angestellt, sondern der Feststellung des OVA. in dieser Beziehung kurzer Hand zugestimmt ist, so ist nicht zu ermitteln, aus welchen Gründen im vorliegenden Fall trotz der bereits gewährten Krankenhauspflege Hilfsbedürftigkeit angenommen ist. Es ist auch nicht einzusehen, worauf das RVA. die Vermutung, daß ein Mißbrauch ausgeschlossen sei, gründet. Die Erfahrungen der Krankenkassen im Umkreise großer Städte mit vorzüglich eingerichteten Krankenhäusern legen im Gegenteil die Befürchtung nahe, daß dem Bestreben der Versicherten, sich im Wege der Armenpflege eine bessere Krankenhauspflege in der Großstadt zu verschaffen, in bedenklicher Weise Vorschub geleistet werden wird. Jedenfalls ist es im Interesse einer sachlichen Durchführung der Krankenversicherung zu bedauern, daß den Armenverbänden das unumschränkte Recht eingeräumt wird, dem Belieben der Kassenmitglieder in der Wahl des Krankenhauses auf Kosten der Krankenkassen Vorschub zu leisten und die berechtigten Anordnungen der Kassenvorstände illusorisch zu machen.

Den Krankenkassen kann daher nur geraten werden, sich nachdrücklichst gegen solche Uebergriffe der Armenverbände zur Wehr zu setzen und mit allen Mitteln auf eine andere Rechtsprechung des RVA. hinzuwirken. Bleibt der Erfolg aus, so wird es Aufgabe der Gesetzgebung sein, die Befugnisse der Armenverbände auf das richtige Maß zurückzuführen und dafür zu sorgen, daß das Eingreifen eines Armenverbandes, solange die Krankenkasse zur ausreichenden Versorgung des Kassenmitgliedes nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und der Satzungsbestimmungen bereit ist, niemals als ein Akt der Armenpflege angesehen werden darf."

Erfordernis der Genehmigung der Dienstordnung wird durch Tarifvertrag nicht berührt. — Arbeitszeit der Kassenangestellten.

Entscheidung des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt v. 28. September 1922 („Volksw." S. 526).

Sowohl in der Verwaltung (siehe Erlaß vom 9. November 1919; Min.-Bl. der Handels- und Ge-

nerbeverwaltung S. 342) als auch in der Rechtsprechung (siehe Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts vom 20. März 1918; Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 11 S. 112) ist bis jetzt gleichmäßig an der Auffassung festgehalten, daß den Oberversicherungsämtern ohne Rücksicht auf den Inhalt etwaiger tariflicher Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Angestellten das Recht zur selbständigen Prüfung der Bestimmungen der Dienstordnung sowie zur Versagung der Genehmigung aus einem wichtigen Grunde und zur Anordnung entsprechender Aenderungen der Dienstordnung zusteht. Die Vorschriften der §§ 355, 356 der Reichsversicherungsordnung über den Inhalt und die Genehmigung der Dienstverträge bestehen also trotz der Verordnung über Tarifverträge usw. vom 25. September 1918 (RGBl. S. 1456) unverändert zu Recht. Auch aus den Vorschriften des Betriebsrätegesetzes kann eine Schmälerung dieser Befugnis der Oberversicherungsämter nicht hergeleitet werden.

Mit Recht hat das Oberversicherungsamt im vorliegenden Fall die Festsetzung einer 48stündigen Arbeitszeit an Stelle der in der Dienstordnung vorgesehenen 45stündigen Arbeitszeit verlangt, weil erwartet werden muß, daß die Kassenangestellten, die in ihren Gehaltsbezügen zum mindesten eine Gleichstellung mit den Reichs-, Staats- und Kommunalbeamten für sich in Anspruch nehmen, in der Pflichterfüllung, insbesondere in der Dauer der täglichen Arbeitszeit, diesen nicht nachstehen. Da bei allen Reichs-, Staats- und Kommunalbehörden im Bezirk des Oberversicherungsamts A. die 48stündige Arbeitszeit in der Woche restlos durchgeführt ist, so besteht kein Anlaß, zugunsten der Kassenangestellten eine Ausnahme zuzulassen, um so weniger, als sich die Kasse in nicht besonderer Vermögenslage befindet und durch die Innehaltung der längeren Arbeitszeit erhebliche Ersparnisse an Verwaltungskosten erzielt.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall eines Betriebsratsmitgliedes auf dem Heimweg aus einer Betriebsratssitzung.

Rek.-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 11. Oktober 1922 (Ia 1282/22[5]).

Der Vorarbeiter D. hatte an einer Sitzung des Betriebsrates teilgenommen, in der Lohnfragen besprochen wurden, und wollte sich nach Beendigung der Sitzung nach Hause begeben, sich dort umziehen und sodann an einer Sitzung im Gewerkschaftshause teilnehmen, in der über Lohnforderungen bei dem betr. Werke ein Beschluß gefaßt werden sollte. Auf dem Wege nach Hause wurde er von einem Straßenbahnwagen überfahren und getötet. Der Anspruch der Hinterbliebenen auf Unfallentschädigung wurde darauf gestützt, daß es sich bei dem Gange um eine Tätigkeit im Interesse des Betriebes gehandelt habe. Dieser Anspruch wurde abgelehnt, weil ein ursächlicher Zusammenhang des Todes mit dem Betriebe nicht anerkannt wurde. — Das Reichsversicherungsamt hat die Entscheidung gebilligt aus folgenden Gründen:

Das Oberversicherungsamt hat mit Recht die Frage, ob der Verstorbene einem Betriebsunfalle zum Opfer gefallen sei, verneint. Der erkennende Senat hat bereits in der grundsätzlichen Entscheidung vom 5. Juni 1922, abgedruckt in den Amtl. Nachr. 1922 S. 307 Ziff. 3113 (Arb.-Vers. 1922 S. 522) ausgesprochen, daß die Tätigkeit in Betriebsversammlungen höchstens als geschäftsleitende Tätigkeit angesprochen werden kann, also nicht zum technischen Teile des Betriebes gehört, und daß daher ein Unfall, den ein Versicherter außerhalb des Betriebsgrundstücks bei solcher Tätigkeit erleidet, keinen Betriebsunfall darstellt. Dies gilt auch für den vorliegenden Fall. Dazu kommt aber hier noch, daß der Verunglückte im Augenblicke des Unfalls auch nicht mehr in der Betriebsversammlung tätig war. Die Sitzung, zu der D. sich am Nachmittage nach Einnahme der Mahlzeit und Wechsel der Kleidung begeben wollte, stand zwar im inneren Zusammenhange mit den Betriebsversammlungen, denen er vor dem Unfalle im Werke beigewohnt hatte, war aber nicht in dem Sinne als ihre unmittelbare Fortsetzung anzusehen, daß sie mit diesen eine einheitliche, nur auf kurze Zeit unterbrochene Tätigkeit gebildet hätte, so daß ihr auch die Zeit der Unterbrechung angerechnet werden müßte. Es handelte sich vielmehr um zwei verschiedene Versammlungen. Die Betriebsversammlungen im Werk, an denen der Verunglückte als Betriebsratsmitglied teilgenommen hatte, dienten der Besprechung der Lohnwünsche der Belegschaft dieses Werks. Die Sitzung der Arbeiterführer im Gewerkschaftshause, an der D. als Mitglied der Lohnkommission teilnehmen wollte, sollte auf Grundlage der Wünsche der Belegschaften, wie sie durch deren Betriebsratsmitglieder der Lohnkommission mitgeteilt wurden, der Vorbereitung der kommenden Lohnbewegung mit Hilfe der Gewerkschaftsführer dienen. Diese Versammlung war also nach Zusammensetzung und Zweck eine andere als die, welcher D. zuvor beigewohnt hatte. Als er das Werk verließ, war damit sowohl seine Betriebstätigkeit, als auch seine Tätigkeit als Betriebsratsmitglied beendigt, und er befand sich, wie jeder andere Arbeiter, auf dem unversicherten Heimwege. Seine Absicht, nach Heimkehr, Mittagessen und Umkleidung sich zu einer anderen Versammlung zu begeben, in der er die Wünsche der Belegschaft seines Werkes vertreten sollte, genügt ebensowenig wie die Vermutung seiner Angehörigen, er habe im Augenblicke des Unfalles über die verhandelten Fragen nachgedacht, um ihn in dieser Zeit als im Betriebe tätig erscheinen zu lassen. Das Oberversicherungsamt hat also mit Recht die Ansprüche der Klägerin abgelehnt.

Tod eines Arbeiters beim Baden in einer Betriebsanlage als Unfallfolge?

Rek.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 11. Oktober 1922 (Ia 625/229).

Der Arbeiter P. hatte in dem Kühler eines Schornsteins in etwa 35 Meter Höhe ein Bad genommen und ist dabei, wahrscheinlich infolge eines Herzschlages, ertrunken. Der Anspruch der Hinterbliebenen auf Unfallentschädigung wurde von der Berufsgenossenschaft und, auf erhobenen Einspruch, vom Oberversicherungsamt abgelehnt, weil ein ursächlicher Zusammenhang des Todes des P. mit dem Betriebe nicht anerkannt werden konnte. Die Hinterbliebenen legten Rekurs ein. Das Reichsversicherungsamt hat Beweis erhoben, insbesondere auch noch eine Aeußerung des Gewerberats Schn. darüber beigezogen, ob die Hitze an der Arbeitsstelle des P. vermutlich eine so ungewöhnliche war, daß für die Arbeiter ein dringendes Bedürfnis zur Abkühlung vorlag, ob die im Betriebe vorhandenen Wasch- und Badeeinrichtungen unzureichend waren und ob es im Hinblick auf die Aussagen der Zeugen, nach denen P. öfters zu dem Wasserbehälter am Hochofen aufgestiegen ist, eine stillschweigende Duldung der Benutzung des Wasserbehälters zum Baden seitens der Betriebsleitung anzunehmen ist. Danach ist das Reichsversicherungsamt zur Zurückweisung des Rekurses gelangt aus folgenden Gründen:

Nach Prüfung der vorliegenden Ermittelungen hat das Reichsversicherungsamt keinen Anlaß gefunden, von der angefochtenen Entscheidung abzuweichen, da diese die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Auch durch die Ausführungen der Klägerin und die neuen Erhebungen im Rekursverfahren sind die Gründe jener Entscheidung nicht entkräftet worden. Ein Betriebsunfall ist mit Recht verneint. Zwar ist der Arbeiter P. auf der Betriebsstätte verunglückt; doch hat er die von seinem Arbeitsplatz entfernt liegende und schwer zugängliche Unfallstelle aus rein persönlichen, durch das Betriebsinteresse nicht gegebenen oder mit diesen zusammenhängenden Gründen aufgesucht. Denn, daß ein ungewöhnlicher durch die Arbeit des P. herbeigeführter Anlaß ihn genötigt hat, ein Bad zu nehmen, dafür ergeben die Ermittelungen keinen Anhalt. P. hat nach der Auskunft des Gewerbeaufsichtsamts Duisburg vom 12. August 1922 im Freien gearbeitet, ohne daß für ihn nach den gegebenen Verhältnissen die Temperatur wesentlich höher gewesen ist als an anderer Stelle im Freien. Auch ist nicht erwiesen, daß seine Arbeit für ihn besonders schmutzig und angreifend gewesen wäre und ihn dadurch zum Baden gezwungen hatte. P. hat also lediglich den Wunsch gehabt, sich durch das Bad von der für jeden drückenden, damaligen Julihitze abzukühlen und zu erfrischen. Anderseits fehlt auch ein genügender Nachweis dafür, daß eine anderweite Badegelegenheit für P. nicht bestanden, oder daß die Betriebsleitung das Baden von Arbeitern an der Unglücksstelle gekannt und geduldet hatte. Der Ehemann der Klägerin ist daher einer — unabhängig vom Betriebe — von ihm selbst geschaffenen Gefahr erlegen. Die Beklagte kann deshalb für den Tod des P. nicht haftbar gemacht werden.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Invalidenversicherungspflicht von Bürohilfsarbeitern bei einer Behörde.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Cassel** vom 26. September 1922 (II J. 22/22).

Das Versicherungsamt sieht die Bureauhilfsarbeiter*) für Angestellte in ähnlich gehobener Stellung wie Betriebsbeamte und Werkmeister im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 an und verneint ihre Versicherungspflicht, da sie sämtlich ein Jahresentgelt von über 2000 M. beziehen; es rechnet dagegen die genannten Kanzleihilfsarbeiter unter die Gehilfen des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1, die ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresentgelts versicherungspflichtig sind und bejaht daher ihre Invalidenversicherungspflicht.

Gegen diese Entscheidung hat nur die Landesversicherungsanstalt, und zwar nur bezüglich der Bureauhilfsarbeiter Beschwerde eingelegt; nicht dagegen wegen der Entscheidung betreffend die Kanzleihilfsarbeiter. Da diese auch keine Beschwerde eingelegt haben, so bedarf es einer Erörterung über die Invalidenversicherungspflicht der Kanzleihilfsarbeiter nicht. Der Entscheidung des Versicherungsamts über die Bureauhilfsarbeiter konnte das Oberversicherungsamt nicht beitreten.

Nach dem Schreiben der Regierung zu Cassel ... werden die genannten Hilfskräfte im (Privat-) Vertragsverhältnis ohne Aussicht auf Anstellung beschäftigt und beziehen sämtlich ein Jahreseinkommen von mehr als 2000 M. Sie arbeiten alle nach Anleitung und unter Aufsicht planmäßiger Beamten, denen sie als Hilfskraft überwiesen sind und die auch die Verantwortung für ihre Arbeiten tragen. Wie in diesem Sachverhalt die Stellung eines Angestellten in ähnlich gehobener Stellung wie der eines Betriebsbeamten oder Werkmeisters gefunden werden kann, ist nicht ersichtlich. Als entscheidend für die Frage, ob ein Angestellter zu den Gehilfen in Ziff. 1 des § 1226 oder zu den Angestellten in gehobener Stellung im Sinne der Ziff. 2 des § 1226 zu rechnen ist, muß es angesehen werden, ob der Bureauangestellte nur Hilfe unter Aufsicht und Leitung eines Anderen leistet, oder ob ihm ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen ist, in welchem er in der Hauptsache unter eigener Verantwortung tätig ist. Einem Bureauangestellten, der nur unter ständiger Leitung und Aufsicht eines anderen Hilfe

*) Es handelt sich um Hilfsarbeiter bei der Regierung in Cassel, also bei einer öffentlichen Behörde.

leistet, der die Verantwortung für die Arbeiten seines Hilfsbeamten zu tragen hat, kann aber nicht die Stellung eines Betriebsbeamten oder Werkmeisters, sondern nur die eines einem Werkmeister oder Betriebsbeamten unterstellten Gehilfen zuerkannt werden. Er kann daher nur als Gehilfe im Sinne des § 1226 Ziff. 1 RVO. angesehen werden, selbst wenn die Arbeit, die er leistet, nicht als mechanische anzusprechen ist. (Vgl. Seelmann in der Arb.-Vers. 1922 S. 113, 115 ff., Heft 8.)

Wenn das Reichsversicherungsamt diese Frage in Ziff. 43 der Anleitung vom 26. April 1912 (Amtl. Nachr. 1912 S. 720 ff. und in den Entsch. Nr. 2587 und 2539, Amtl. Nachr. 1920 S. 377 und 1919 S. 370) streift, und in der letzteren ausführt, daß zu den Angestellten in gehobener Stellung namentlich die Beamten mittlerer Stufen zu rechnen seien im Gegensatz zu den Schreibern, Kanzlisten, Kanzleidienern und Gefangenenaufsehern, die den Gehilfen aus Ziff. 1 zuzuteilen seien, so geht es davon aus, daß sie Inhaber einer selbständigen und leitenden Stellung sind und nicht mehr als Hilfsarbeiter ohne Aussicht auf Anstellung tätig sind. Daß die Zuteilung zu der Gruppe der in § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 und Ziff. 2 genannten Personenkreise ausschließlich von der Art der ihnen übertragenen Tätigkeit abhängig ist, d. h. davon, ob sie nur Hilfe unter fremder Leitung leisten, oder ob ihnen ein bestimmter Wirkungskreis zugewiesen ist, in welchem sie in der Hauptsache selbständig unter eigener Verantwortung tätig sind, wird auch in einem Beschluß des Versicherungsamts München vom 25. März 1922 (Arb.-Versorg. 1922 S. 265/6 Heft 17) ausgeführt und dabei mit Recht bemerkt: „Nur die Art der Tätigkeit ist maßgebend, nicht aber andere Momente, wie etwa die amtliche Bezeichnung der Angestellten, nicht seine Entlohnung, nicht seine Einweisung in eine bestimmte Gehaltsgruppe oder Tarifklasse, nicht die ihm zugebilligte Kündigungsfrist, nicht die Stellung, die der Betrieb, dem er angehört, im Staats- und Wirtschaftsleben einnimmt, nicht die lediglich aus disziplinären Gründen bei Behörden erfolgende Vereidigung, nicht der Umstand, daß mit mehr oder weniger großer Sicherheit auf die spätere Ueberführung in ein Beamtenverhältnis gerechnet werden kann, nicht die Frage, ob der Einstellung eine Prüfung vorangeht, nicht ob die Arbeit eine höhere oder niedere, mechanische oder nicht mechanische Tätigkeit darstellt, vor allem auch nicht, ob der Angestellte auch nach dem Gesetz für Angestellte versichert ist.“ Das Versicherungsgesetz für Angestellte hat hinsichtlich der Versicherungspflicht für Bureauangestellte eigene Rechtsgrundgesetze aufgestellt, die von denen der Invalidenversicherung verschieden sind. Wenn das Angestelltenversicherungsgesetz in seinem die Gruppen der versicherten Personenkreise festlegenden § 1 nicht dem Aufbau des § 1226 RVO. folgt, sondern aus der Gruppe der dort unter die bedingungslos versicherungspflichtigen Personen fallenden Bureauhilfsarbeiter die „Bureauangestellten, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden“ herausnimmt und unter die der Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz unterliegenden „Angestellten in ähnlich gehobener Stellung“ einreiht, so ist diese Bestimmung für die Rechtsstellung des genannten Personenkreises in der Invalidenversicherung ohne Bedeutung und nicht geeignet, sie auch für das Gebiet der Invalidenversicherung aus der Klasse der bedingungslos Versicherungspflichtigen hinaus zu heben. Da die klagenden Bureauhilfsarbeiter zu den im Dienste eines Bundesstaates Beschäftigten gehören, und sich im Stadium der Ausbildung für ihren Beruf befinden, ist noch zu prüfen, ob sie etwa nach § 1234 oder § 1235 Ziff. 1 versicherungsfrei sind. Nach § 1234 sind Personen, die im Dienste eines Bundesstaates beschäftigt sind, versicherungsfrei, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der 1. Lohnklasse, sowie auf Witwenrente nach den Sätzen der gleichen Klasse und auf Waisenrente gewährleistet ist. Nach den Ausführungen in Ziff. 26 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 (Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 721 ff. HMBl. 1912 S. 290 ff.) ist anzunehmen, daß sich diese Bestimmungen nicht nur auf Beamte im eigentlichen Sinne (Anleitung Ziff. 27) beziehen, sondern auch auf „Beschäftigte“, die in ähnlichem Maße wie ein Beamter in ihren Versorgungsansprüchen gesichert sind.

Die Frage, ob den klagenden Bureauhilfsarbeitern die Anwartschaft auf diese Ansprüche bereits zusteht, muß verneint werden. Nach den Ausführungen der Ziff. 26 der genannten Anleitung steht dies Recht allerdings nicht nur denjenigen zu, die im Falle ihrer Dienstuntauglichkeit sofort ein Ruhegeld zu fordern haben würden, also allen sonstigen Anforderungen insbesondere hinsichtlich der vorgeschriebenen Dienstzeit, bereits genügt haben, ferner nicht nur denjenigen, die in eine an sich mit Ruhegeldberechtigung ausgestatteten Stelle eingerückt sind, aber dem gesicherten Anspruch auf Ruhegeld erst durch Zurücklegung einer längeren Dienstzeit zu erwerben haben, sondern auch den Beschäftigten, die noch nicht eine derartige, in der Regel planmäßige Stelle, erlangt haben, wenn ihnen nur nach dem Abschluß ihrer Ausbildung eine Stellung (z. B. als Diätar) übertragen wird, die nach den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen den allgemein üblichen Uebergang zu einer Anstellung mit späterer Ruhegeldberechtigung bildet.

Da die Kläger sämtlich weder ihre Ausbildung abgeschlossen haben, auch sonst sich in einer der bezeichneten Stellungen befinden, steht ihnen die Anwartschaft auf die im § 1234 angegebenen Ansprüche noch

nicht zu und kann ihre Versicherungsfreiheit daher nicht anerkannt werden. Der Erlaß des Finanzministers vom 16 Juli 1921 (Fin.-Min.-Bl. 1921 S. 377), durch welchen allen im Bereiche der allgemeinen Verwaltung beschäftigten Beamten und allen auf Lebenszeit unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellten nicht beamteten Personen — ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Diensteinkommens — im Krankheitsfalle Anspruch auf Gehalt, Ruhegehalt, Wartegeld oder ähnliche Bezüge nach Vorschrift des § 169 RVO. gewährleistet ist — kommt nicht in Betracht, da er höchstens eine Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. auf dem Gebiete der Krankenversicherung begründet, nicht aber auf Grund des § 1234 RVO. und die Kläger den angegebenen Personenkreisen nicht zuzurechnen sind.

Die Kläger können sich auch nicht auf die im Just.-Min.-Bl. 1913 S. 175 ff. abgedruckte Entscheidung des RVA. vom 15. Februar 1913 berufen, da es sich dort um Hilfsarbeiter im Unterbeamtendienst handelt und ihnen noch keine Stelle übertragen ist, die nach den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen der allgemein üblichen Uebertragung zu einer Anstellung mit späterem Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge bildet.

Endlich kann auch aus § 1235 Ziff. 1 RVO. keine Versicherungsfreiheit hergeleitet werden; denn nach § 1235 Ziff. 1 sind nur „Beamte" des Reichs, der Bundesstaaten pp. versicherungsfrei, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden.

Da die Kläger nach Auskunft der Regierung zurzeit ohne Aussicht auf Anstellung auf Grund eines Privatdienstvertrags beschäftigt werden, können sie nicht als Beamte im Sinne des § 1235 Ziff. 1 angesehen und demgemäß auch nicht als invalidenversicherungsfrei erachtet werden (vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1920 S. 386, Entsch. 2592).

Die Invalidenversicherungspflicht der genannten Bureauhilfsarbeiter mußte daher anerkannt und wie geschehen entschieden werden.

Anmerkung: Die Entscheidung betrifft eine viel erörterte Streitfrage. Wir verweisen auf die Ausführungen in Arb.-Vers. 1922 von Seelmann S. 113, Helms S. 145, 197 (gegen Vers.-Amt Hamburg S. 86), Kleinek S. 198, Illing S. 129 I, Versicherungsamt München S. 265. Wir halten die der vorliegenden Entscheidung des OVA. Cassel zugrunde liegende Auffassung für die richtige, wie wir schon in der Anmerkung S. 198 angedeutet haben. Die Erwartung, daß die Frage zur grundsätzlichen Entscheidung an das RVA. gelangen werde (zu vgl. Anm. S. 145), hat sich leider nicht bestätigt (S. 197). Unseres Erachtens hätte auch das OVA. Cassel nicht selbst entscheiden, sondern die Sache an das RVA. abgeben sollen. Hoffentlich entschließt sich recht bald ein anderes OVA., diesen Weg eines grundsätzlichen Austrages zu beschreiten.

Vergütung für Einziehung der Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 27. Oktober 1922 („Volkswohlfahrt" S. 541).

Unter Abänderung des Erlasses vom 24. April d. J. (VMBl. S. 254) setze ich die Vergütung, welche die Landesversicherungsanstalten den Betriebskrankenkassen für die Zeit vom 1. Oktober 1921 bis zum 30. September 1922 für die Einziehung der Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu gewähren haben, auf einen Pfennig für jede Beitragswoche fest.

Anmerkung: In dem erwähnten Erlasse ist die Vergütung für andere Krankenkassen auf 14 Pf. festgesetzt, die Vergütung für Betriebskrankenkassen dagegen in Fortfall gebracht worden (zu vgl. hierüber Arb.-Vers. 1922 S. 294 nebst Anm.). Glaubte der Minister in letzterem Punkte seinen Erlaß im Hinblick auf § 1449 RVO. nicht aufrecht erhalten zu können, so mußte er auch für die Betriebskrankenkassen eine angemessene Vergütung festsetzen. Die Festsetzung auf einen Pfennig für jede Woche ist schlimmer als die Versagung jeder Vergütung; denn sie wirkt wie eine Verhöhnung und wird auch tatsächlich als solche empfunden, wie der Ausdruck der Entrüstung in der Zeitschrift „Betriebskrankenkasse" (1922 S. 223, 224) hinreichend deutlich erkennen läßt.

Sprechsaal.

Zur Aus- und Fortbildung der Krankenkassenangestellten.

Schon viel ist über die Aus- und Weiterbildung der Krankenkassenangestellten geschrieben worden. Und mit Recht. Denn die Ausübung ihres Berufs erfordert Uebersicht über das ganze Gebiet der Sozialversicherung, eingehende Kenntnis des besonderen Gebiets der Krankenversicherung und die Fähigkeit praktischer Anwendung dieser Kenntnisse. Leider fehlen aber diese Voraussetzungen bei vielen Kassenangestellten. Woran liegt dies und wie ist diesem Uebel am besten abzuhelfen? Sehr viel Schuld an diesem Uebelstande haben die Angestellten selbst. Viele von ihnen erfüllen eben in den vorgeschriebenen Dienststunden ihre Pflicht. An eine weitere Ausbildung zu Haus denken sie nicht und haben auch gar keine Lust dazu. Von Krankenkassenverwaltungen werden aber auch häufig Personen eingestellt, die einfach nicht fähig sind, den für sie in Frage kommenden ziemlich schwierigen Stoff zu beherrschen. Wohl in keinem anderen Fache werden soviel ungelernte Bürobeamte beschäftigt wie in den Ortskrankenkassen. Damit soll nicht etwa gesagt werden, daß durch den Nachweis einer vollendeten Lehrzeit die Fähigkeit zum Kassenbeamten oder Angestellten erbracht wäre. Wir haben im Gegenteil auch unter den aus anderen Berufen Uebergetretenen eine große Anzahl tüchtiger und gesetzeskundiger Kollegen. Es liegt in den meisten Fällen an der Fähigkeit und dem Willen des Einzelnen. Bei den größeren und größten Krankenkassen findet man diese Unkenntnis am meisten. Die Beamten und Angestellten stehen hier Tag für Tag an demselben Platz und können sich wegen Arbeitsüberlastung nicht darum kümmern, was in anderen Abteilungen und Stellen vor sich geht. Sie sind eben wie ein Rad in der Maschine und er-

ledigen mechanisch und fabrikmäßig die ihnen zugewiesene Arbeit. Durch die stetigen Aenderungen und Nachträge in den gesetzlichen Bestimmungen ist es auch von keinem großen Nutzen, wenn die Angestellten von Zeit zu Zeit ihre Tätigkeit wechseln und in eine andere Abteilung versetzt werden. Sie verlieren dadurch wieder den Einblick und die Uebersicht über ihr früheres Arbeitsfeld. So sind z. B. Fälle vorgekommen, in denen ein in der Krankenabfertigung beschäftigter Angestellter einer großen Ortskrankenkasse nicht weiß, wieviel Prozent des Grundlohnes als Beiträge in der Rechnungsstelle berechnet werden. Die Vorgesetzten, Abteilungsvorsteher und verantwortlichen Angestellten, sind meist wegen Arbeitsüberlastung nicht in der Lage, ihren jüngeren Kollegen mit Ratschlägen und Aufklärungen zur Seite zu stehen. In kleineren Kassen liegen die Dinge viel besser und vorteilhafter für die Angestellten. In diesen kleinen Betrieben bekommt das beschäftigte Personal alles in die Hand und kann in der Praxis, wo das „Muß“ dahinter steht, seine Kenntnisse bereichern. Der Beamte kann nicht wie sein Kollege in einer großen Kasse sagen, dies gehört nicht in meine Abteilung. Er muß die Sache eben selbst erledigen, da sie sonst liegen bleiben würde.

Wie kann nun ein Kassenangestellter seine Kenntnisse am zweckmäßigsten vermehren und vertiefen? Für unerläßlich halte ich die gewissenhafte fortlaufende Durcharbeitung eines guten Fachblattes. Den Lesern dieser Zeilen ist ja bekannt, welche Fülle von Belehrung und Anregung ihnen die „Arbeiter-Versorgung“ in gehaltvollen Abhandlungen, sorgfältig ausgewähltem, nicht selten kritisch erläutertem Entscheidungsmaterial und besonders auch in ihren viel beachteten zahlreichen Auskünften bietet. Jedem strebsamen Kassenbeamten ist die Anschaffung der „Arbeiter-Versorgung“ zum eigenen Hausgebrauch dringend anzuraten, was der Verlag durch erhebliche Bezugsvergünstigung erleichtert. Gute Erfolge zeitigt nach meinen Erfahrungen folgende Arbeitsweise. Man arbeitet wichtige Entscheidungen an Hand der RVO. und der sonst in Frage kommenden gesetzlichen Bestimmungen schriftlich durch. Dies geschieht am besten von drei Seiten. Erst stellt man sich in die Lage der Versicherten oder Arbeitgeber und sieht zu, was man vom Standpunkt derselben herausholen kann. Hierauf wird die Angelegenheit vom Standpunkt des Versicherungsträgers beleuchtet. Zuletzt fragt man sich, welchen Standpunkt die Aufsichtsbehörde einnehmen würde und was für Gründe der Entscheidung zugrunde liegen. Hat man auf diese Art und Weise die Sache von drei Seiten durchgearbeitet, so sitzt die Materie fest.

Noch eine andere Art der Weiterbildung ist empfehlenswert. Die größeren Kassen richten für ihre Angestellten Kurse nach Art der Volksschulen oder ähnlichen Einrichtungen ein. In diesen Kursen, die von einem gesetzeskundigen älteren Beamten oder Abteilungsvorsteher geleitet werden, werden sämtliche Neuerungen und wichtigen Entscheidungen durchgesprochen. Durch eine an einen Vortrag anschließende Debatte kann jeder Anwesende etwas lernen. Freiwillige schriftliche Heimarbeiten würden manche Teilnehmer gern machen. Da die Ausbildung ihrer Angestellten im Interesse der Kassen liegt, werden sich diese auch nicht verschließen und geeignete Räume in ihrer Verwaltung für diesen Zweck stundenweise, namentlich abends, gern zur Verfügung stellen. Sehr viele Angestellte würden gern die Gelegenheit ergreifen, etwas zu lernen und an diesen Kursen teilnehmen. Die Kassenverwaltungen würden merken, wer von den Angestellten Lust und Liebe zum Beruf hat und könnten sich bei Versetzungen usw. danach richten.

Solche Einrichtungen sind unter allen Umständen dort notwendig, wo die Kassenvorstände für die Beförderung der Angestellten in höhere Besoldungsgruppen Prüfungen vorgesehen haben. Man kann über die viel umstrittenen Prüfungen denken wie man will: zum mindesten geben sie den Angestellten Anlaß, sich hinzusetzen und etwas zu lernen und zweitens bieten sie dem Lehrer von Unterrichtskursen, wie wir sie erwähnen, Gelegenheit, ganz unabhängig von der Prüfung die Fähigkeiten des Schülers festzustellen.

Kassenangestellter **Fritz Kleeis** in Apolda.

Anmerkung: Wir bringen gern diese Erstlingsarbeit eines strebsamen jungen Kassenangestellten, des Sohnes unseres geschätzten Mitarbeiters Friedrich Kleeis. Sie scheint uns den Wert einer Anregung in doppelter Richtung zu haben: Die jungen Angestellten sollen sich nicht auf mechanische Erfüllung ihrer Dienstpflichten beschränken, sondern sich eine sachgemäße Fortbildung angelegen sein lassen; und die älteren und erfahrenen Angestellten sollen sie hierin nach Kräften unterstützen und fördern.

Zur Mitwirkung der Finanzämter bei der Wochenfürsorge.

Das Wochenfürsorgegesetz vom 9. Juni 1922 (Arb.-Vers. S. 314) hat für die Beurteilung der Frage, ob eine Wöchnerin minderbemittelt ist, eine Neuerung gebracht, die für die Versicherungsämter erhebliche Schwierigkeiten im Gefolge hat, weil die Finanzämter infolge langsamer und dann noch lückenhafter Veranlagungstätigkeit bei der Reichseinkommensteuer den Versicherungsämtern in den meisten Fällen nicht das steuerpflichtige Einkommen der betreffenden Eheleute angeben können. Damit ist bereits angedeutet, was die Bearbeitung der Wochenfürsorgeanträge bei den Versicherungsämtern am meisten hemmt.

Durch die bindende Vorschrift, daß das **steuerpflichtige** Einkommen in Betracht zu ziehen ist (§ 2), sind die Versicherungsämter genötigt, beim häufigen Versagen der Finanzämter selbst das steuerpflichtige Einkommen festzustellen, d. h. gewissermaßen regelrechte Veranlagungsarbeiten zur Reichseinkommensteuer vorzunehmen. Eine derartige Arbeit setzt eine steuertechnische Schulung voraus, wie sie den Leitern und Beamten der Versicherungsämter heute fehlt, da die unteren Verwaltungsbehörden der Länder, denen die Versicherungsämter angegliedert sind, mit der Reichseinkommensteuer nichts zu tun haben.

Wer weiß auf dem Versicherungsamt und auch Oberversicherungsamt, daß steuerpflichtiges Einkommen nur das um die Werbungskosten verminderte Einkommen ist und wie hoch die Werbungskosten sind bzw. bei besonderem Nachweis in Betracht zu ziehen sind? Welches Versicherungsamt kennt z. B. diejenigen Einkommensteile, die nicht steuerpflichtig sind? Es sei hier nur an die Renten der Kriegsbeschädigten erinnert, die ganz oder zum Teil nicht zum steuerpflichtigen Einkommen rechnen. Dies alles läßt erkennen, wie schnell sich die Versicherungsämter mit der Veranlagungstechnik vertraut machen müßten, ehe sie in der Lage sind, einen Wochenfürsorgeantrag ordnungsmäßig zu prüfen. Hieraus ergeben sich nun alle Schwierigkeiten und Hemmungen bei den Versicherungsämtern, die soweit gehen können, daß von einer geordneten und schnellen Durchführung des Wochen-Fürsorgegesetzes keine Rede mehr ist, wodurch dann wieder eine Unsicherheit in der Ausfüh-

rung und eine Beschwerdeflut hervorgerufen wird, die ebenfalls auf das steuertechnisch nichtgeschulte Oberversicherungsamt übergreift.

Diese unausbleibliche Wirkung des Gesetzes vom 9. Juni 1922 könnte dadurch gemildert werden, daß den Finanzämtern durch höhere oder gesetzliche Bestimmung aufgegeben wird, auf Ersuchen der Versicherungsämter das steuerpflichtige Einkommen der betreffenden Person sofort festzustellen und mitzuteilen, denn mit Hilfe des § 115 RVO. oder des § 10 letzten Absatz des Gesetzes vom 9. Juni 1922 läßt sich etwas derartiges nicht erreichen. Weit zweckmäßiger aber wäre es, die Finanzämter als Behörde zur Entgegennahme und Entscheidung über die Wochenfürsorgeanträge einzusetzen und zwar auch deshalb, weil die Finanzkassen, also gleich eine Reichskasse, mit den Zahlungen seitens der Finanzämter beauftragt werden könnten. Damit würde die Vermittlung der Krankenkassen sowie das wenig praktische Vorschußsystem in Preußen verschwinden. Einer Loslösung von den Organen der Reichssozialversicherung werden keinerlei Schwierigkeiten begegnen, diese Organe werden im Gegenteil die Loslösung gern unterstützen. Von dem Zeitpunkt ab, wo das steuerliche Einkommen maßgebend ist, muß unbedingt den Reichssteuerinstanzen eine bessere Beurteilung der Anträge zugeschrieben werden wie den Reichsversicherungsinstanzen.

Rebling,
Kreisversicherungs-Obersekretär in Neuwied.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Krankenpflege für Familienangehörige der Versicherten.

Im Hinblick auf den Aufsatz von Kleeis im Heft 23 wird uns von einem Freunde unserer Zeitschrift ein Satzungsnachtrag der allgemeinen Ortskrankenkasse Vegesack unterbreitet, worin die in jenem Aufsatz gegebenen Anregungen zum Teil schon praktisch verwirklicht sind. Ueber Familienhilfe auf Grund des § 205 b Ziff. 1 enthält die Satzung unter anderem folgendes:

„An versicherungsfreie Familienangehörige der Mitglieder gewährt die Kasse für die Dauer der Krankheit, längstens jedoch für 13 Wochen, Familienhilfe, sofern diese Angehörigen regelmäßig im Haushalte des Mitgliedes leben, und von diesem aus seinem Arbeitsverdienste ganz oder in der Hauptsache unterhalten werden. — Sofern jedoch ein Mitglied darum, weil es keinen eigenen Haushalt hat, gezwungen ist, eigene Kinder in Pflege (auf Haltung) zu geben, gewährt ihm die Kasse auch in diesem Falle Familienhilfe für die Kinder, wenn die übrigen Voraussetzungen der Bestimmungen dieses Paragraphen zutreffen. ... Als Familienangehörige im Sinne der vorstehenden Bestimmungen gelten:

a) Ehegatten,
b) die eigenen Kinder, sowie Stief-, Adoptiv- und Großkinder, für deren Unterhalt zu sorgen das Mitglied übernommen, sämtlich, sofern sie das 15. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

Dauernd erwerbsunfähige Kinder bleiben auch über das 15. Lebensjahr hinaus anspruchsberechtigt.

c) Vater, Mutter und die den Haushalt des Mitgliedes führenden Geschwister."

Anwendung des Pensionsergänzungsgesetzes auf die Ruhegehaltsansprüche berufsgenossenschaftlicher Angestellter.

Im Anschluß an die von uns bereits im Jahrg. 1922 Heft 28 S. 442 mitgeteilte grundsätzliche Entsch. Nr. 3111 (Amtl. Nachr. des RVA. 1922 S. 344) entnehmen wir der „Berufsgenossenschaft" (Nr. 20 S. 160) noch folgendes:

Nach einem Rundschreiben des RVA. vom 5. September 1922 — I Ag. 139/22 — ist eine entsprechende Entscheidung über die Anwendung des Pensionsergänzungsgesetzes für den Fall, daß in der Dienstordnung bei der Bemessung der Pension auf die „jeweils für die Reichsbeamten geltenden Bestimmungen" verwiesen wird, unterm 18. März 1921 — I 29/III B. S./20 — und für den Fall, daß das Ruhegehalt nach den Bestimmungen des Reichsbeamtengesetzes vom 31. März 1873 in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Mai 1907 zu errechnen ist, durch Beschluß vom 5. Dezember 1921 — I 31/III B. S./21 — ergangen.

In einem weiteren Beschluß vom 8. Mai 1922 — I 52/III B. S./21 — hat weiter das RVA. das Pensionsergänzungsgesetz auch in einem Fall für anwendbar erklärt, in dem die Höhe des Ruhegehalts nach besonderen von der BG. aufgestellten Sätzen (Ruhegehaltssatz) bestimmt war, die in keiner Weise auf die beamtenrechtliche Regelung Bezug nehmen. Die Entscheidung stützt sich darauf, daß auch in diesem Falle Gewährung und Bemessung nicht völlig in das Belieben des Versicherungsträgers gestellt sei, sondern angemessen zu regeln sei, und als dienlicher Maßstab für die Angemessenheit ist dabei gleichfalls das Pensionsergänzungsgesetz angewendet worden, da es bei Abfassung der Dienstordnung und Ruhegehaltssatzung nach der Entstehungsgeschichte offenbar nicht in der Absicht der betreffenden BG. gelegen habe, die Bezüge ihrer Angestellten niedriger zu gestalten, als die der pensionierten Reichsbeamten und der Pensionäre derjenigen BGen., für die die reichsgesetzlichen Vorschriften ohne weiteres ausdrücklich für anwendbar erklärt worden sind. Dieser letztere Beschluß ist von der in Betracht kommenden Norddeutschen Holz-BG. im ordentlichen Rechtsweg angefochten worden. Die Entscheidung des RVA. hat also diese Frage nicht endgültig erledigt.

Ungebührliche Forderungen von Kassenärzten an Kassenmitglieder. — Mißstände bei Abgabe ärztlicher Verordnungen in Apotheken.

Bei einer Besprechung der Vorstände der dem Krankenkassenverbande Stadt Köln angeschlossenen Kassen kam unter anderem folgendes zur Sprache:

Lebhaft wurde Klage darüber geführt, daß einzelne Kassenärzte unter Angabe einer unrichtigen Honorierung den Kassenmitgliedern eine Zuzahlung nahelegen, oder auch geradeheraus von den Kassenmitgliedern Zuzahlung verlangen: dieses sei vertragswidrig und müsse aufs schärfste verurteilt werden. Nach dem Vertrage sei die ärztliche Behandlung der Kassenmitglieder einschließlich Operation kostenfrei: auch in Fällen, in denen ein Kassenarzt bei einem in seiner Behandlung befindlichen Kassenmitgliede in einem Privatkrankenhaus oder Sanatorium eine Operation vornehme, sei eine Honorarforderung unzulässig. Das unzulässige Verfahren verstoße nicht nur

gegen den Vertrag, sondern auch gegen das Gesetz und die guten Sitten, wie noch kürzlich die Strafkammer in Düsseldorf in einer Urteilsbegründung besonders hervorgehoben hat. Auf keinen Fall könnten Honorare, die Kassenmitglieder an Kassenärzte gezahlt haben, nachdem sie sich ordnungsmäßig ausgewiesen haben, von einer Krankenkasse zurückerstattet werden.

In den weiteren Verhandlungen wurde auf Mißstände in der Abgabe der ärztlichen Verordnungen in den Apotheken hingewiesen. Infolge von Beschwerden von Kassenmitgliedern und Aerzten ließ der Verband zur Kontrolle zehn Rezepte aus hiesigen Apotheken entnehmen, auf allen war Dr. Burchards Emulsion verordnet, welche nächst einem zweiten Präparat in der Kinderhilfe laut Vertrag mit den Apothekern allein abgegeben werden darf. Trotzdem wurden in allen Fällen andre Marken abgegeben. Ein Apotheker des Regierungsbezirks Köln wurde wegen schwerer Urkundenfälschung zu zwei Wochen Gefängnis und den Kosten des Verfahrens verurteilt. Er hatte einer dem Verband angeschlossenen Kasse ein Rezept in Rechnung gestellt, auf dem er, um einen höheren Preis zu erzielen, das Datum geändert hatte. Da der Apotheker zu den Krankenkassen in einem ganz besonderen Vertrauensverhältnisse stünde, werde für die Folge bei Verstößen der Ausschluß von der Kassenlieferung erfolgen müssen.

Zur Anlegung des Vermögens der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Die im Heft 18 S. 283 enthaltene Mitteilung bezog sich auf alle Träger der Reichsversicherung, auch auf die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, da der § 220 AngestVersGes. dem für die Frage der Vermögensanlegung grundlegenden § 26 RVO. entspricht, von dem unsere Mitteilung ausging. In den §§ 221 bis 225 AngestVers. sind dann besondere Vorschriften angefügt. Nach § 224 (zu vgl. die ähnliche Vorschrift in § 27 RVO.) kann der Reichskanzler genehmigen, daß das Vermögen der Reichsversicherungsanstalt auch in Darlehen an Gemeinden und Gemeindeverbände, Schulgemeinden und Kirchengemeinden angelegt wird, soweit dies nicht bereits nach § 220 Absatz 1 (entsprechend dem § 26 Abs. 1 RVO.) zulässig ist, d. h. soweit nicht die Anlage ohnehin als mündelsicher im Sinne der §§ 1807, 1808 BGB. anzusehen ist.

In der Sitzung des Verwaltungsrats der Angestelltenversicherung vom 21. 6. 22 gab ein Mitglied des Direktoriums auf Anfrage Aufschluß über die Grundsätze der Vermögensverwaltung, insbesondere der Darlehnsgewährung an Gemeinden. Danach würden reine Kommunaldarlehen zurzeit grundsätzlich nicht gewährt; dagegen habe das Direktorium in letzter Zeit gemischtwirtschaftlichen und unter diesen insbesondere den gemeinwirtschaftlichen Unternehmungen, wie Elektrizitätswerken, Kraft- und Wasserwerken und ähnlichen Unternehmungen, große Summen zugewendet, sofern ein Gemeindeverband durch selbstschuldnerische Bürgschaft Sicherheit leiste. Auch für gemeinnützigen Wohnungsbau würden nach Maßgabe der verfügbaren Mittel den Gemeinden Darlehen gegeben, falls diese durch die Wohnungsabgabe gesichert seien. Ferner habe man in neuester Zeit den Industriebeleihungen große Aufmerksamkeit geschenkt, wobei jedoch besondere Vorsicht am Platze sei. Für solche Beleihungen kämen im wesentlichen nur lebenswichtige Betriebe und nur solche Objekte in Frage, die günstig zu Verkehrsstraßen und Wasserwegen gelegen seien und bei denen im Hinblick auf ihre Lage sowie ihre äußere und innere Gestaltung eine Umstellung des Betriebs möglich und eine dauernde Verwendbarkeit auch für andere Zwecke gewährleistet sei. Beliehen würde in solchen Fällen nur Grund und Boden samt Baulichkeiten und die auf dem Grundstück belegenen Kraftmaschinen, nicht jedoch die jeweils gerade vorhandenen Arbeitsmaschinen und Vorräte. Was die sonstigen Hypotheken betrifft, so sei die Anlagemöglichkeit infolge der darniederliegenden Bautätigkeit gering. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte sei bestrebt, laufende Hypotheken nach Möglichkeit zu verlängern trotz der teilweise etwas geringeren Verzinsung, weil Hypothekenanlagen heute als besonders sichere Werte anzusprechen seien. — Der Verwaltungsrat billigte diese Grundsätze.

Schrifttum.

Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. Berlin 1922, Carl Heymanns Verlag. Erstes Buch: Gemeinsame Vorschriften. Von Hugo Hanow, Direktor im Reichsversicherungsamt. Vierte vermehrte und ergänzte Auflage. XII und 364 Seiten. Preis 200 M.

Zweites Buch: Krankenversicherung. Von Dr. F. Hoffmann, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat. Sechste vermehrte und ergänzte Auflage. XI und 672 Seiten. Preis 350 M.

Das Unternehmen, unter den gegenwärtigen Zeitverhältnissen, bei dem fortdauernden Andringen abändernder Gesetze und im vorausgeworfenen Schatten irgendeines problematischen Umbaues der gesamten Sozialversicherung, einen großen Kommentar zur gesamten RVO. neu herauszugeben, bezeugt einen gewissen Heroismus der Verfasser und der Verleger. Denn beständig droht dem Werk die Ueberholung einzelner Partien durch die unverdrossene Gesetzgebung. Düttmann und Genossen haben es zuerst gewagt und haben uns einstweilen (1920) das vierte Buch „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung", dann (1922) das dritte Buch „Unfallversicherung" in stattlichen Bänden mit wertvollen Erläuterungen beschert (Geibel-Verlag, Altenburg; zu vgl. Arb.-Vers. 1921 S. 418 u. 1922 S. 142). Da trifft es sich gut und ist es dankbar zu begrüßen, daß Hanow und Genossen uns jetzt das erste und das zweite Buch ihres großen Kommentars in neuen Auflagen bieten. Es handelt sich von beiden Seiten um Abschlagsleistungen, die einander in willkommener Weise ergänzen können, solange die Werke nicht je für sich vollständig abgeschlossen vorliegen.

Die jetzt zur Besprechung vorliegenden zwei ersten Bände empfehlen sich vorweg schon durch die große Zahl der vorausgegangenen Auflagen, die ein Zeugnis für die Bewährung des Kommentars in der Praxis sind. Außer der eindringenden Kenntnis und Beherrschung des unmittelbaren Rechtsstoffes bringen beide Verfasser noch je besondere Fähigkeiten für die Gestaltung ihres Stoffes mit. Hanow steht seit Jahrzehnten in der Praxis des Reichsversicherungsamtes und verfügt, vermöge seiner Stellung in diesem Amte, besonders auch über genaueste Kenntnis der für die Bearbeitung des ersten Buches so wichtigen Organisation der Versicherungsträger und Versicherungs-

behörden. Hoffmann kommen seine gleichfalls an hoher Verwaltungsstelle gesammelten reichen Erfahrungen im Gebiete des Gewerberechts und des allgemeinen Verwaltungsrechts für die Bearbeitung der Krankenversicherung besonders zustatten. Die Anlage der vorliegenden Bände ist übrigens die gleiche, die sich in den früheren Auflagen bewährt hat. Die Entstehungsgeschichte der einzelnen Normen, die ja meist für das Verständnis besonders wichtig ist, wird ausführlich mitgeteilt. Die Zusammenhänge mit andern Vorschriften sind nicht außer acht gelassen. Schrifttum, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis sind, neben eigenen Ausführungen der Verfasser, in umsichtiger Weise zur Erläuterung verwertet. Die Gesetzesänderungen sind in den Text der Paragraphen hineingearbeitet und in den Anmerkungen erläutert; sie sind berücksichtigt bei Hanow, nach dem Vorwort, bis Ende Juli 1922, bei Hoffmann, nach dem Verzeichnis S. 4 bis 8, bis zum 24. Juni 1922. Hierüber wird weiterhin noch einiges zu sagen sein. Daß seitdem die Mühle der Gesetzgebung munter weiter geklappert hat und folgeweise im Gesetzestext und in den Anmerkungen manches schon wieder überholt ist, ist nicht Schuld der Verfasser. Im ganzen ist festzustellen, daß hier zwei mit eingehender Sachkenntnis, mit Sorgfalt und Umsicht gearbeitete, für jeden Praktiker des Reichsversicherungsrechts äußerst wertvolle Hilfsmittel vorliegen.

Dieser Empfehlung soll es keinen Abbruch tun, wenn wir im folgenden auf einige durch Stichproben festgestellte Mängel hinweisen. Beiden Verfassern ist es entgangen, daß das Gesetz zur Erweiterung des Anwendungsgebietes der Geldstrafe und zur Einschränkung der kurzen Freiheitsstrafen v. 21. 12. 21 (RGBl. S. 1604), ein Gesetz, das lange vor Abschluß ihrer Arbeiten erlassen war, unmittelbar auf diejenigen Strafvorschriften der RVO. eingewirkt hat, welche Kriminalstrafen (im Gegensatz zu Ordnungs- und Zwangsstrafen) androhen. Beide teilen die hiervon betroffenen Paragraphen (140 bis 144, 147, 532. 533) unverändert mit. Hanow erwähnt die durch jenes Gesetz eingetretene Verzehnfachung der Geldstrafen wenigstens in den Anmerkungen. Hoffmann aber ist das erst nachträglich eingefallen; er erwähnt das Gesetz am Schluß einer Anmerkung zu dem Verzeichnisse der abändernden Gesetze (S. 8) in einer für den praktischen Gebrauch des zweiten Bandes ganz ungenügenden Form. Für Ordnungs- und Zwangsstrafen gilt das besondere Gesetz v. 24. 6. 22 (RGBl. S. 566; zu vgl. die Anm. in Arb.-Vers. Heft 22 S. 343). Auf diese Rechtslage hätte schon in den Vorbemerkungen S. 281, 602 hingewiesen werden müssen. Dazu kam das Gesetz wohl für beide Verfasser zu spät. Hanow hat auch insoweit zwar nicht den Text der betroffenen Vorschriften (§§ 18, 19, 51, 53, 76, 95) berichtigt, aber doch die Erhöhung der Geldstrafen wenigstens in den Anmerkungen erwähnt; bei Hoffmann fehlt auch dies (§§ 529, 530), obwohl er das Gesetz in dem Verzeichnis der Aenderungen (S. 6 Nr. 33) anführt. — In verschiedenen Vorschriften der RVO. sind Aufgaben des Bundesrats vorgesehen. Die neue Reichsverfassung kennt diesen Organismus nicht mehr. Dem trägt Hanow gelegentlich dadurch Rechnung, daß er in der Anmerkung in Klammern beifügt: „Reichsrat“ (Anm. 3 zu § 87), was ungenügend ist; an anderen Stellen fehlt auch diese Erwähnung (§§ 97, 98, 157). Richtiges hierüber merkt dagegen Hoffmann an (Anm. 2 zu § 168, Anm. 15 zu § 176, Anm. 2 zu § 236). — Das Ges. über Wochenfürsorge v. 9. 6. 22 (RGBl. S. 502) ist, da dieser Gegenstand seinem Wesen nach und nunmehr auch formell, infolge der Behandlung in einem besonderen Gesetze, nicht zum Versicherungsrecht gehört, mit Recht in den Anhang zum zweiten Bande aufgenommen. In die Erläuterungen dieses Gesetzes spukt aber mannigfach störend noch das ältere Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge hinein. So sind in der Vorbemerkung (S. 629, 630) und in Anm. 6 zu § 2 die nicht mehr zutreffenden §§ 18, 20, 23 angeführt, während das Wochenfürsorgegesetz doch im ganzen nur 11 Paragraphen enthält. — Gleichfalls im Anhange haben beide Verfasser die je für ihr Gebiet in Betracht kommenden Vorschriften des Einführungsgesetzes zur RVO. mitgeteilt. Die Erläuterungen hierzu erheblich gekürzt; mit Recht im Hinblick auf die durch die Veraltung wesentlich herabgeminderte Bedeutung der Vorschriften. Gelegentlich taucht aber in der Praxis immer wieder die Frage auf, ob einer einzelnen dieser Bestimmungen, die den Uebergang vom alten Versicherungsrechte zum Rechte der RVO. zu regeln bestimmt waren, nicht doch eine allgemeinere Bedeutung auch für spätere Aenderungen der RVO. zukommt. Hierüber hätte in den Vorbemerkungen oder auch bei einzelnen Artikeln des Einf.-Ges. etwas gesagt werden sollen. Das vermißt man.

Wir wiederholen: der hohe Wert der vorliegenden zwei Bände wird durch die vorstehenden Ausstellungen nicht berührt. Da aber seit der Fertigstellung der Arbeiten manches schon infolge weiterer Gesetzesänderungen nicht mehr zutrifft und wohl noch mit abermaligen Aenderungen zu rechnen ist, wird es geboten sein, zu gegebener Zeit ergänzende und berichtigende Nachträge erscheinen zu lassen.

Gesetz über Wochenhilfe und Gesetz über Wochenfürsorge. Erläutert von Dr. Fr. Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat. Berlin 1922, Carl Heymanns Verlag. Fünfte Auflage. 71 Seiten. Preis: 0,50×210 M.

In der Besprechung der vierten Auflage (Arb.-Vers. 1921 S. 577) ist bemerkt: „Die weite Verbreitung der früheren Auflagen, der Ruf des Verfassers als Rechtskenner und seine bewährte Fähigkeit, das Wesentliche und besonders für die praktische Gesetzesanwendung Wichtige herauszuarbeiten und in klaren Sätzen zu beleuchten, verbürgen auch der neuen Auflage die dankbare Aufnahme in dem großen Kreis derjenigen, die an diesem Gegenstand interessiert sind.“ Dieses Urteil ist hinsichtlich der vorliegenden, durch die beiden Gesetze v. 9. 6. 22 (Arb.-Vers. S. 312, 314) notwendig gewordenen Neuauflagen zu wiederholen. Sie ist nach dem bewährten Plane ihrer Vorgänger gestaltet und in der gleichen handlichen Form erschienen. Inzwischen sind die beiden Verordnungen, durch welche die Geldbeträge abermals erhöht worden sind, v. 22. 9. 22 (Arb.-Vers. S. 472) in Kraft getreten. Den Beziehern der neuen Auflage wird empfohlen, diese Abänderungen an den zutreffenden Stellen nachzutragen.

Das Arbeitsnachweisgesetz vom 22. Juli 1922. Mit Erläuterungen, ausführlichem Vorwort und Sachregister. Von Stadtrat H. von Frankenberg. 1922 bei Stephan Geibel-Verlag, Altenburg (S.-A.). 100 Seiten.

Die Wichtigkeit eines Gesetzes, das darauf abzielt, Angebot und Nachfrage auf dem gesamten Arbeitsmarkt durch ein das ganze Reichsgebiet umfassendes Netz öffentlicher Arbeitsnachweise zu regulieren und zugleich für andere nicht gewerbsmäßige Arbeitsnachweise unter Aufsicht des Reichsamts oder der Landesämter für Arbeitsvermittlung Raum zu lassen, liegt auf der Hand, zumal in unserer Zeit, deren Not gebietet, daß keine Arbeitskraft ungenutzt bleibt und

jede an der möglichst geeigneten Stelle eingesetzt wird. Da ist das Erscheinen einer Ausgabe des Gesetzes zu begrüßen, die den verwickelten Stoff, im wesentlichen auf Grund der Gesetzesmaterialien (Entwurf, Begründung, Ausschußberichte, Stenographische Berichte des Reichstags), durch klar gefaßte Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften und durch Vorbemerkungen über die geschäftliche Entwicklung des Arbeitsnachweises sowie über die Grundgedanken des Gesetzes gemeinverständlich erläutert. Das tut der Verfasser in der vorliegenden Ausgabe, die hiernach allen Interessenten empfohlen werden kann. — Nachzutragen ist (zu §§ 26 ff.), daß das Reichsamt für Arbeitsvermittlung durch Verordnung vom 30. September 1922 (RGBl. I S. 759), die Bezeichnung „Reichsarbeitsverwaltung" erhalten hat und, im Sinne des Arbeitsnachweisgesetzes, eine Abteilung der Reichsarbeitsverwaltung ist.

Beantwortung von Anfragen.

Den Beziehern der „Arbeiter-Versorgung" erteilen wir Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet gegen eine der fortschreitenden Geldentwertung angemessene und von Fall zu Fall festzusetzende Vergütung bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung dazu oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Die Veröffentlichung an dieser Stelle behalten wir uns vor.

Voraussetzung und Höhe des Beitrags zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden.

1. **Nach Bünde.** Antwort: Wir halten die in Arb.-Vers. 1922 Heft 25 S. 399 Ziff. 4 vertretene Auffassung, daß die Beihilfe zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden aus § 195a Abs. 1 Ziff. 2 RVO. immer im vollen Betrage zu gewähren ist, auch wenn der Wöchnerin besondere Kosten nicht — oder wenigstens nicht nachweislich — entstanden sein sollten, aus den angeführten Gründen aufrecht. Die Meinung von Krause (Wochenhilfe usw., 3. Aufl. S. 37, 38), daß der im Gesetz festgelegte Betrag nur als Höchstbetrag anzusehen sei, „bis" zu welchem die „etwa erforderlichen" Kosten zu bezahlen seien, halten wir mit Ihnen für unbegründet, weil sie mit dem von der früheren Fassung des Gesetzes deutlich genug abweichenden Wortlaut der neuen Fassung unvereinbar ist. Auch darin treten wir Ihnen bei, daß es unrichtig ist und wohl nur auf versehentlicher Wortfassung beruht, wenn Krause (S. 126 Anm. 3) bemerkt, daß nach § 205d in Verbindung mit § 197 Abs. 1 Satz 2 RVO. als Wert der gewährten ärztlichen Behandlung 300 M. (jetzt 500 M.) zu „ersetzen" sei. Es muß selbstverständlich heißen: „anzusetzen", da ja die Hälfte des Betrages nach § 205d Abs. 1 vom Reich erstattet wird.

Zur Wartezeit für Mehrleistungen nach §§ 208, 209 RVO.

2. **Nach Augsburg.** Antwort: Einer ausführlichen Beantwortung Ihrer beiden Fragen bedarf es nicht, da das Erforderliche sich schon unmittelbar aus den in Betracht kommenden Vorschriften des Gesetzes, aus der von Ihnen selbst angezogenen Entscheidung des RVA. Nr. 2196 Amtl. Nachr. 1916 S. 486, ArbVers. 1916 S. 637, und aus unserer Auskunft im Jahrg. 1921 S. 359 Ziff. 5 ergibt. Indem wir hierauf verweisen, bemerken wir zusammenfassend nur noch folgendes: § 208 Satz 1 RVO. stellt den Regelsatz auf: Die Satzung kann bestimmen, daß der Anspruch auf Mehrleistungen erst nach einer Wartezeit von höchstens 6 Monaten „nach dem Beitritt" entsteht. Nach § 209 Abs. 1 kann aber „diese Wartezeit", also die Zeit von 6 Monaten nach dem Beitritt, auf die Dauer von höchstens 26 Wochen unterbrochen werden. Das heißt: Wenn der Beigetretene vor Ablauf der in der Satzung bestimmten Wartezeit (von 6 Monaten oder weniger) ausscheidet und dann wieder eintritt, so werden eine oder mehrere Unterbrechungen dieser Art bei der Feststellung, ob die satzungsmäßige Wartezeit bei eintretendem Versicherungsfall erfüllt ist, nicht berücksichtigt, solange sie zusammen 26 Wochen nicht übersteigen. Uebersteigen die Unterbrechungen 26 Wochen, so kommt bei einem späteren Wiedereintritt die frühere Mitgliedschaft nicht mehr in Betracht, so daß die Wartezeit voll zurückgelegt werden muß (Hahn, Anm. zu § 209). Die Wartezeit gilt aber nach § 208 Satz 2 überhaupt nicht für Mitglieder, die binnen der letzten 12 Monate bereits für mindestens 6 Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Kasse gehabt haben. Dadurch soll die Härte beseitigt werden, die sich sonst ergeben würde, „wenn Mitglieder einer Kasse, die sich deren Mehrleistungen durch lange Beitragszahlungen erworben haben, zu einer anderen Kasse mit Karenzzeit übertreten" (Begr. S. 161). Sie sollen also, frei von jeder Wartezeit für Mehrleistungen, in die andere Kasse eintreten, wenn die Voraussetzungen des § 208 Satz 2 gegeben sind. Deshalb können auch unter den „letzten 12 Monaten" nur die Monate vor dem Eintritt in die andere Kasse, nicht die Monate vor dem Versicherungsfall verstanden werden. Wir halten die abweichende Ansicht (Hoffmann, Anm. 6) für unrichtig.

Uebertragung von Ansprüchen der Versicherten auf den Armenverband.

3. **Nach Bünde.** Frage: a) Dr. Lehmann schreibt in seinem Kommentar zum 5. Buche der RVO., Anm. 20: „Nach § 119 RVO. können wegen der Forderung der nach § 1531 ersatzberechtigten Gemeinden und Armenverbände die Ansprüche des Berechtigten mit rechtlicher Wirkung übertragen, verpfändet und gepfändet werden". Hieraus könnte geschlossen werden, daß Gemeinden, die von dem Rechte des § 1531 Gebrauch machen wollen, sich zuvor die Ansprüche des Unterstützten gemäß § 119 Abs. 1 Nr. 3 übertragen lassen müssen. Nach der grundsätzlichen Entscheidung des RVA. vom 23. 3. 14 (Amtl. Nachr. 1914 S. 634) soll jedoch der Armenverband ein Wahlrecht haben, ob er den Abtretungsanspruch oder den gesetzlichen Ersatzanspruch geltend machen will. Welche Auffassung besteht dort?

b) Ein im Genuß von Krankengeld stehender Versicherter wird kurz nach der Aussteuerung mangels einer eigenen Wohnung von der Gemeinde in einem Pflegehause untergebracht. Da bei Fehlen des gleichen Fürsorgegrundes ein Ersatzanspruch gemäß § 1531 RVO. nicht besteht, hat sich die Gemeinde das noch rückständige Krankengeld abtreten lassen. Im Hinblick auf § 119 Abs. 1 Nr. 3 RVO. und in der Annahme, daß den betr. Versicherten im Pflegehause

voller Unterhalt gewährt wird, wollen wir aus dem noch zahlbaren Krankengelde für jeden Tag der Bezugszeit des halben Grundlohns der Gemeinde und den Rest des Krankengeldes an den Anspruchsberechtigten zahlen.

c) Ein arbeitsunfähiger Versicherter wird während der Krankengeldbezugszeit aus dem unter b) genannten Grunde und in der daselbst bezeichneten Weise untergebracht. Die Gemeinde beantragt vom Tage der Unterbringung im Pflegehause Ueberweisung des Krankengeldes. Der Kranke ist zu einer Abtretung bereit, soweit er gesetzlich dazu verpflichtet ist. Wir werden in diesem Falle das ganze Krankengeld dem Versicherten zu zahlen haben, da derselbe wohl nicht zu einer Abtretung gezwungen werden kann (vgl. Arb.-Vers. 1921 S. 558 Ziff. 8a).

In beiden Fällen (b und c) würden die Versicherten überhaupt kein Krankengeld mehr beanspruchen können, wenn die Gemeinden gemäß § 1531 RVO. ersatzberechtigt wären. Wir bitten um Mitteilung, ob unsere Ansichten geteilt werden.

Antwort: a) Wir können einen Widerspruch zwischen der Anmerkung bei Lehmann und der Entsch. des RVA. nicht finden, da jene Anmerkung doch nur besagt, daß die Gemeinden und Armenverbände sich die Ersatzansprüche übertragen lassen „können" (nicht müssen).

b) Der Ersatzanspruch eines Armenverbandes nach § 1531 RVO. setzt voraus, daß der Verband den Hilfsbedürftigen für eine Zeit unterstützt, für die er einen Anspruch nach der RVO. hatte oder noch hat. An dieser „Gleichzeitigkeit der Armenpflegeleistung mit dem Anspruch gegen die Krankenkasse" (zu vgl. Begr. zur RVO. S. 467, 468) fehlt es hier, da die Gemeinde erst unterstützend eingetreten ist, nachdem der Versicherte von der Kasse bereits ausgesteuert war. Deshalb besteht kein Ersatzanspruch der Gemeinde gegen die Kasse, die dem Versicherten doch nur noch rückständiges Krankengeld für die frühere Zeit zu zahlen hat. Folglich kann der Anspruch des Versicherten auf dies Krankengeld auch nicht rechtsgültig gemäß § 119 Ziff. 3 RVO. an die Gemeinde, sei es ganz oder auch nur teilweise, abgetreten werden.

c) In diesem Falle treten wir Ihnen bei.

Krankengeld, Beiträge, Wochengeld für Versicherte, die nur an einzelnen Tagen der Woche beschäftigt werden.

4. **Nach O.** Antwort: Wenn in einem Betriebe die Arbeiter nur an drei bestimmten Tagen der Woche beschäftigt werden und nicht auch an den übrigen Wochentagen zur Verfügung des Arbeitgebers stehen, so sind nur jene drei Tage „Arbeitstage" im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO., so daß Krankengeld nur für diese Tage zu zahlen ist. Der Grundlohn für die Bemessung des Krankengeldes bestimmt sich, wenn der Entgelt für den einzelnen Arbeitstag feststeht, nach diesem Entgelt; wenn dagegen Wochen- oder Monatslohn gezahlt wird, so ist der Grundlohn so zu ermitteln, daß Wochen- oder Monatslohn durch die Zahl der in die Lohnperiode fallenden Arbeitstage geteilt wird (zu vgl. Urteil des bayr. Verw.Ger.Hofs in ArbVers. 1912 S. 491). Das RVA. hat angenommen, daß auch Beiträge nur für die Arbeitstage erhoben werden dürfen (Entsch. 1788 und 2213 Amtl. Nachr. 1913 S. 829, 1916, S. 553, ArbVers. 1916 S. 611). So falsch diese Entscheidung ist (zu vgl. die zahlreichen, in ArbVers. 1918 S. 418 Ziff 3 nachgewiesenen Stellen), so läßt sich doch die Praxis dadurch leiten. Das Wochengeld ist nach § 195a (§ 205a) RVO. zwar „in Höhe des Krankengeldes", aber nicht wie dieses nur für Arbeitstage, sondern „für zehn Wochen" also für alle in diesen Zeitraum fallenden Tage zu zahlen. Das ist, nebenbei bemerkt, ein Grund mehr gegen jene Auffassung des RVA., daß die Kasse obwohl sie doch für jeden Tag diese sehr erhebliche Leistung (und manche andern Leistungen!) aufbringen muß, Beiträge nur für Arbeitstage soll berechnen dürfen.

Anspruch erwerbslos Ausgeschiedener (§ 214 RVO.) auf Kassenleistungen nach dem höheren Grundlohn.

5. **Nach Bochum.** Antwort: Unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 der Verordnung über Grundlöhne vom 12. September 1922 (Arb.-Vers. S. 456) haben „Mitglieder" Anspruch auf die ihrem neuen Grundlohn entsprechenden höheren Kassenleistungen. Wir nehmen an, daß diese Vorschrift auch zugunsten ausgeschiedener Mitglieder gilt, die als Erwerbslose noch Anspruch auf die Regelleistungen haben. Denn ihnen „verbleibt" nach § 214 RVO. der Anspruch auf diese Leistungen, d. h. sie haben ihn in gleicher Weise, wie wenn sie noch der Kasse angehörten, nur mit der Beschränkung auf die Regelleistungen. Dazu gehören nach § 179 Abs. 1 RVO. alle im zweiten Buche der RVO. vorgeschriebenen Leistungen und selbstverständlich auch Leistungen, die in einem Gesetze oder einer Verordnung vorgeschrieben sind, wodurch das zweite Buch der RVO. ergänzt oder abgeändert ist — wie es im vorliegenden Falle durch den erwähnten § 2 der Verordnung vom 12. September 1922 geschehen ist.

Formale Mitgliedschaft nach § 315 RVO. trotz bewußter Anmeldung bei der an sich unzuständigen Kasse.

6. **Nach Halden.** Antwort: Daß der Arbeitgeber wie Sie annehmen, die Beschäftigten bewußt bei der unzuständigen Krankenkasse angemeldet hat, schließt die Anwendung des § 315 RVO., wenn die Voraussetzungen dieser Vorschrift objektiv erfüllt sind, nicht aus (anders im Falle des § 213 RVO.). Dies haben wir schon im Heft 23 des laufenden Jahrgangs S. 368 Ziff. 7 ausgeführt und gleichzeitig darauf hingewiesen, daß in solchem Falle, trotz Anerkennung einer formalen Mitgliedschaft bei der unzuständigen Kasse, immerhin die Tatsache bestehen bleibt, daß der Arbeitgeber seiner Pflicht zuwider Versicherungspflichtige nicht angemeldet hat und daher nach § 530 RVO. strafbar ist, weil die Meldepflicht selbstverständlich bei der zuständigen Kasse erfüllt werden muß. Dagegen fehlt es in solchem Falle an der gesetzlichen Voraussetzung für die Auferlegung von Strafbeiträgen aus § 531 Abs. 2 RVO. Denn infolge der Anerkennung einer formalen Mitgliedschaft bei der an sich nicht zuständigen Kasse verbleiben dieser Kasse die an sie gezahlten Beiträge, und es entfällt die Beitragspflicht gegenüber der eigentlich zuständigen Kasse, so daß von „rückständigen" Beiträgen im Sinne des § 531 Abs. 2 nicht die Rede sein kann.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: J. Mindolff, Buch- und Kunstdruckerei (Rotationsdruck) in Berlin SW 68, Charlottenstraße 88

Zweiter Band. Der Weltkrieg.

1. Die Gegensätze der Mächte vor dem Weltkrieg.
Deutschlands Machtstellung vor dem Kriege. Deutschlands wirtschaftliche Expansion. Oesterreichs Politik bis 1914. Die Irredenta. Deutsch-englischer Gegensatz. Die Revanche-Idee in Frankreich. Die Vorherrschaft im Mittelmeer. Der Panslavismus in Russland, Serbien und Oesterreich. Interessengegensätze auf dem Balkan. Amerikas auswärtige Politik. Deutschland und die Vereinigten Staaten von Amerika. Japans Expansionsbestrebungen. Die Einkreisung Deutschlands. Der unmittelbare Kriegsanlass.

2. Die Kriegsführung.
Der Aufmarsch der kriegführenden Parteien. Der Landkrieg im Westen bis zu Amerikas Eingreifen. Der Krieg gegen Russland. Russlands Zusammenbruch. Die Türkei. Die Balkanstaaten. Niederwerfung Serbiens und Rumäniens. Japan im Weltkrieg. Der Seekrieg. Krieg in den Kolonien. Eintritt Amerikas in den Krieg. Unsere Diplomatie im Weltkriege. Die deutsche Offensive 1918. Der Zusammenbruch der Mittelmächte.

3. Der Wirtschaftskrieg und die wirtschaftliche Abwehr.
Die Absperrung der Mittelmächte vom Weltverkehr. Rohstoffbewirtschaftung. Rationierung der Lebensmittel. Die Landwirtschaft in der Kriegszeit. Umstellung der Industrie. Kompensationsverkehr mit den Neutralen.

4. Die Revolution in Deutschland.
Die Ursachen der Revolution. Von Kiel bis Berlin. Arbeiter- und Soldatenräte. Der Bolschewismus in Deutschland. Abtrennungsbestrebungen. Der Ruf nach der Nationalversammlung. Errungenschaften und Auswüchse der Revolution. Ausbau des Rätesystems.

5. Die Friedensbedingungen.
Der Druck auf die Mittelmächte während des Waffenstillstandes. Die vierzehn Punkte Wilsons und die Grundlagen des Friedens. Der Völkerbund. Die territorialen Veränderungen. Die militärische Entrechtung Deutschlands. Beschränkung des deutschen Handels und der Handelsflotte. Verlust der Kolonien. Polen. Der Friedensschluss mit Deutsch-Oesterreich. Der tschecho-slowakische Staat. Friedensschluss mit Ungarn, Bulgarien und Türkei.

6. Weltherrschaftsfragen nach dem Frieden.
Grossbritannien und sein Weltreich nach dem Kriege. Die irische Frage. Indien. Das Mittelmeer. Amerika. Afrika. Japans Vormachtstellung im Osten.

Dritter Band. Die politische Erneuerung.

1. Die Deutsche Republik.
Die rechtliche und politische Eigenart des Deutschen Reiches. Die Weimarer Reichsverfassung im Vergleich zur Verfassung Nordamerikas und der Schweiz. Vom Obrigkeitsstaat zum Volksstaat. Preussen, Bayern und die Reichseinheit. Die übrigen Länder.

2. Die Träger der Reichsgewalt.
Der Reichspräsident. Die Reichsregierung. Reichstag und Reichsrat. Nationalversammlung und Reichstag. Referendum. Volksvertretung in den Ländern. Die neuen Parteien. Zentrum. Deutsche Demokratische Partei. Deutsche Volkspartei. Deutschnationale Volkspartei. Mehrheitssozialisten. Unabhängige Sozialdemokratische Partei.

3. Reform der Verwaltung im Reich und in den Ländern.
Umkreis der Reichsverwaltung. Preussische Verwaltung. Wohlfahrtspflege. Polizeiverwaltung. Der Ausnahmezustand. Gemeindewahlrecht. Soziale Tätigkeit in den Stadtgemeinden.

4. Gesetzgebung und Rechtsprechung.
Justizreform. Reform des bürgerlichen Rechtes. Strafrechtspflege. Strafrechts- u. Strafprozessreform. Schwurgericht und Schöffengericht. Reform des Strafvollzugs.

5. Schulwesen, Wissenschaft und Kunst.
Staatsbürgerliche Bildung und Erziehung. Oeffentliches Schulwesen: Volksschule. Einheitsschule. Arbeitsschule. Lehrerbildung. Schulen für Begabte. Der Aufstieg der Tüchtigen. Schulaufsicht, Schulleitung und Schulverwaltung. Höhere Schulen. Gewerbliches und technisches Schulwesen. Hochschulfragen im allgemeinen. Die akademischen Seminarien. Reform des Rechtsunterrichts. Die Heilkunde als Unterrichtsfach. Die Weiterbildung der Technischen Hochschulen. Handelshochschulen. Hochschulvorbildung für die Presse. Volkshochschulen. Kunsterziehung und Kunstpflege.

6. Sozialhygiene.
Bevölkerungspolitik. Jugendfürsorge. Volkshygiene. Kampf gegen Seuchen und Geschlechtskrankheiten. Sittlichkeitspolizei. Uebervölkerung und Auswanderung. Armenpolitik.

7. Auswärtige Angelegenheiten.
Das Wesen der Diplomatie. Auswärtige Politik und Diplomatenkunst. Reform des Auswärtigen Amtes. Reform der Auslandsvertretung. Konsularwesen. Die Reichswehr. Die Reichsmarine.

Vierter Band. Der wirtschaftliche Wiederaufbau.

1. Die Verschuldung Deutschlands nach dem Kriege.
Die Finanzen des Reiches. (Kriegsanleihen. Inflation). Deutschlands Verschuldung an das Ausland. Ersatz für private Kriegsverluste. Versorgung der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen. Die Schulden der Länder (Einzelstaaten). Die Kriegsschulden der Kommunalverbände. Die Entwertung der deutschen Valuta. Zinsendienst und Schuldentilgung. Vermeidung des Staatsbankrotts.

2. Die direkten Steuern.
Gerechtigkeit in der Steuerverteilung. Kriegsgewinnsteuer. Vermögenszuwachs- und Mehreinkommensteuer. Vermögensabgabe (Reichsnotopfer). Allgemeine Einkommensteuer. Ausbau der Erbschaftssteuer.

3. Indirekte Steuern, Zölle und Monopole.
Die indirekten Steuern im allgemeinen. Die Aufwandssteuern. Luxussteuer. Der Ausbau der Umsatzsteuer auf Waren und Leistungen. Finanz- und Schutzzölle. Zahlung der Zölle in Gold (Zollaufgeld). Vorteile und Gefahren der Monopole. Einzelne Monopole.

4. Uebergangswirtschaft.
Die gebundene Volkswirtschaft bei und nach Kriegsende. Wirtschaftsstrafrecht. Die strafrechtliche Bekämpfung des Sozialwuchers. Wirtschaftliche Selbstverwaltung. Die wirtschaftliche Demobilmachung, ihre Aufgabe und ihre Organe. Valutaproblem und Rohstoffversorgung.

5. Die Landfrage. — Der städtische Boden.
Politik der Verteilung und Rechtsordnung des Grundbesitzes auf dem Lande. Urbarmachung und Besiedelung der Oedländereien. Die Förderung der landwirtschaftlichen Erzeugung. Die Landarbeiterfrage. Grossstadtbildung und Terrainspekulation. Die Hypothekenbanken. Die Wohnungsfrage. Mieterschutz. Kleingartenwesen. Die Bodenreform.

6. Industrie und Handel.
Die Industrie. Kartelle und Trusts. Elektrizitätskonzerne. Ueberlandzentralen. Handel. Die privaten Gesellschaftsformen des Handels. Die Genossenschaften. Schutzzoll und Freihandel. Börsen und Börsengesetzgebung. Bargeldloser Zahlungsverkehr. Sparkassen. Versicherungspolitik.

7. Die Sozialisierung von Betrieben.
Staats- und Privatbetrieb. Vorteile und Nachteile. Gemeinwirtschaftlicher Betrieb. Voraussetzungen und Grenzen der Sozialisierung. Der Bergbau. Die Verkehrsmittel als Objekte der Gemeinwirtschaft.

8. Verkehrswesen.
Seeschiffahrt. Der Mittellandkanal. Reichseisenbahnen und Verkehrseinheit. Wettbewerb zwischen Eisenbahnen und Wasserstrassen. Die Rhein-Schiffahrtsakte und der Wasserweg Basel—London. Nutzbarmachung der Wasserkräfte. Der elektrische Betrieb auf Vollbahnen. Die Luftverkehrsmittel.

9. Der gewerbliche Arbeiter.
Formen und Wege der sozialen Gemeinschaftsarbeit. Die Organisation des Arbeitsmarktes. Arbeiterschutz: Achtstundentag, Frauen- und Kinderarbeit, Unfallverhütung. Streik, Aussperrung und Boykott; der Generalstreik. Die deutsche Arbeiterversicherung.

10. Die Mittelklasse.
Das Bürgertum. Der Handwerker. Der Beamte. Der Privatangestellte. Die Angestelltenversicherung. Die freien geistigen und künstlerischen Berufe: Der Schriftsteller. Der Arzt. Der Rechtsanwalt. Der Schauspieler. Die Frau in der Volkswirtschaft.

Fünfter Band. Der Weg in die Zukunft.

1. Der Bund der Völker.
Das Völkerbundideal. Der Genfer Völkerbund. Internationale Gerichtsbarkeit. Internationales Arbeitsrecht. Völkerbundmandate und Kolonialpolitik. Völkerbund und dauernde Neutralität. Deutschlands Stellung zu Staatenliga und Völkerbund.

2. Die beiden Weltreiche: England und Amerika.
Pioniere des neuen Imperialismus (Round Table-Verband). Aussenpolitik des britischen Weltreiches und Rassenfrage Vorherrschaft des Mutterlandes und Selbständigkeit der Dominions. Irland zwischen England und Amerika. Panamerika. Die Monroedoktrin von heute. Lateinamerika. Amerika zwischen Europa und Asien.

3. Die Weltwirtschaftsgemeinschaften.
Weltnachrichtenverkehr. Schiffahrtspool. Internationale Kreditbankfragen London oder New York der Weltbanker. Das amerikanische Auslandsbankwesen Die bankmässige Finanzierung des amerikanischen Aussenhandels. Der Gedanke des Weltgeldes Rohstofferzeugung, Rohstoffverteilung, Rohstoffkredit. Der organisatorische Sozialismus. Das Kuliproblem.

4. Europäische Gemeinschaft.
Europäische Kulturgegensätze Gesamteuropäische Politik Die Folgen der Friedensverträge für Europa. Die Politik der Sanktionen. Die Schweiz nach dem europäischen Kriege Die Aussenpolitik Sowjetrusslands. Die politisch-geographische Struktur der neuen Staaten Europas. Die Wirtschaftsorganisation Sowjetrusslands. Wiederaufbaugemeinschaften.

5. Deutschland nach dem Friedensschluß. Aeußerer Druck und innere Leistung.
Die Notwendigkeit eigenen Kolonialbesitzes. Deutsche Gebiete unter Fremdherrschaft Das Deutschtum in den Abtretungs- und Abstimmungsgebieten. Die Deutschen der österreichisch-ungarischen Monarchie nach dem Frieden von St. Germain. Die Freie Stadt Danzig. Der Anschluss Deutschösterreichs. Das Auslandsdeutschtum Die Neugliederung des Reiches. Der Zusammenschluss Thüringens. Gross-Berlin. Gross-Hamburg Die Bedeutung der deutschen Landwirtschaft für Industrie. Gewerbe und Handel. Die Bedeutung der Industrie für Landwirtschaft und Handel. Die Bedeutung des deutschen Handwerks für Landwirtschaft und Industrie. Die Bedeutung des Handels für das Ganze der Volkswirtschaft. Die Schiffahrt durch Deutschland. Gross-Zusammenschlüsse in Deutschland. Steuergemeinschaften.

6. Die Erziehung zur Zukunft
Die Vorausbestimmung der Politik. Utopismus im Sozialismus und Kommunismus der neueren Zeit. Die Ausbildung des Politikers. Die Bedeutung der Geschichte und der wissenschaftlichen Theorie für den Politiker. Hilfsmittel der politischen Bildung: Deutsche politische Zeitschriften. Deutsche politische Dichtung. Die Politik in der englischen Literatur. Politische Strömungen in der französischen Literatur. Propaganda. Presse, Parteien und Wirtschaftsverbände. Die Jugendbewegung in Deutschland. Freistudentenschaft Der Internationale Jugend-Bund. Menschlichkeit und Staatsgesinnung.

Liste der Mitarbeiter

Abel, Universitätsprofessor, Jena.
Alsberg, Rechtsanwalt, Berlin.
Anschütz, Universitätsprof., Heidelberg.

Bab, Julius, Berlin.
v. Ba eckl, Oberpräsid a.D., Königsberg.
v. Beckerath, Universitätsprof., Rostock.
v. Belling, Universitätsprof., München.
Bell, Reichsverkehrsminister a. D, Essen-Ruhr.
v. Below, Universitätsprof., Freiburg.
Bergsträsser, Professor, Berlin.
Bernhard, Georg, Chefredakteur, Berlin.
v. Bernstorff, Graf, Botschafter a. D
Berolzheimer †, Vorsitzender der Vereinigung für Rechtsphilosophie.
Beusch, Ministerialrat, Berlin.
Bleicher, Universitätsprofessor, Frankfurt a. M.
Blum, Hochschulprofessor, Hannover.
v. Blume, Universitätsprof., Tübingen.
Bonn, Hochschuldirektor, Berlin.
van der Borght, Präsident a. D., Berlin.
Bovensiepen, Oberlandesgerichtsrat, Kiel.
v. Brandenstein, Staatsminister, Weimar.
Breit, Rechtsanwalt, Dresden.
Brentano, Universitätsprof., München.
Brie, Universitätsprofessor, Breslau.
Brinkmann, Universitätsprofessor, Bonn.
Bücher, Universitatsprofessor, Leipsig.

van Calker Universitätsprof., München.
van Calker, Universitätsprof., Freiburg.
Chroust, Universitätsprof., Würzburg.
Cohen-Reuss. Vors. des Zentralrates.
Cruger, Syndikus, Professor, Berlin.
Damaschke Vorsitzender des Bundes der Bodenreformer
Delius, Kammergerichtsrat, Berlin.
Dibelius, Universitätsprofessor, Bonn.
Diehl, Universitätsprofessor, Freiburg.

Dittmann, Abgeordneter, Berlin.
Dix, Arthur, Volkswirt, Berlin.
Dochow, Universitätsprof., Heidelberg.
v. Dohnányi, Berlin.

v. Eheberg Universitätsprof. Erlangen.
Endemann, Universitätsprof., Heidelberg.
Endres, Major a. D., München.

Fleischmann, Universitätsprofessor, Halle a. S.
Foerster, Universitätsprof., Frankfurt.
Foerster, Dr., Frankfurt a. M.
Franke †, Vors. d. Ges. f. soz. Reform.
Freudenthal, Universitätsprofessor, Frankfurt a. M.
Freund, Ingenieur. Professor, Leipzig.
v. Freytag-Loringhoven, General, Weimar.
v. Freytagh-Loringhoven, Universitätsprofessor, Breslau.
v. Frisch, Universitätsprofessor, Wien.

Giehrl, Major im Generalstab, Berlin.
Giese. Universitätsprofessor, Frankfurt.
Glum, Regierungsassessor, Berlin.
Gmelin, Universitätsprofessor, Giessen.
Goetz, Universitätsprofessor, Leipzig.
Goldbaum. Rechtsanwalt, Steglitz.
Grautoff. Dr., Berlin.
Grävell, Regierungsrat, Berlin.
Gregori, Professor, Spielleiter am Deutschen Theater Berlin.
Groos. Korvettenkapitän. Berlin.
Gruntzel, Hochschulprofessor, Wien.
Günther, Universitätsprof., Nürnberg.

Haas. Staatsminister a. D., Karlsruhe.
Hampke, Syndikus, Hamburg.
Haenisch, Staatsminister a D., Berlin.
Harms, Universitätsprofessor, Kiel.

Hasselmann Syndikus der Hamburg-Amerika-Linie.
Haushofer, Generalmajor, Professor. München.
Heineken, Generaldirekt. des Nordd. Lloyd.
Hildebrandt, Luftschifferhauptmann, Goslar.
Hirsch, Staatsminister a. D., Berlin.
Hirsch, Staatssekretär, Prof., Berlin.
Hoetzsch Universitätsprofessor, Berlin.
Hoffmann, Universitätsprofessor, Kiel.
Holtz, Chefpräsident d. Oberrechnungskammer.
Horovitz, Universitätsprofessor, Frankfurt a M.
Hesse. Major im Generalstab.
Hubrich, Universitätsprof., Greifswald.
Hué †, Otto, Essen.
Hugo, Generalsekr. d. Deutsch. Volkspartei.

Jastrow, Universitätsprofessor, Berlin.
Jellinek, Universitätsprofessor, Kiel.
Jessen Direktor am Kunstgewerbemuseum, Berlin.
Jöhlinger, Ministerialrat, Berlin.

Kaestner, Ministerialdirektor, Berlin.
Kahl Universitätsprofessor, Berlin.
Kaindl, Universitätsprofessor, Graz.
Kaisenberg. Ministerialrat, Berlin.
Karstädt, Ministerialrat, Berlin.
Kaufmann, Universitätsprofessor, Bonn.
Käutla Hochschulprofessor, Stuttgart.
Kerschensteiner, Universitä sprofessor, München.
v. Klein. Minister a. D., Wien.
Kleinfeller, Universitätsprofessor, Kiel.
Kloss, Reichsfinanzrat, München.
Klumker, Universitätsprofessor, Frankfurt a. M.

Druck von Siegfried Scholem, Berlin-Schöneberg.

Was bringt der neue Brockhaus Neues?

Neue Abbildungen. Im Text viele Hundert neue Städtebilder, Sternbilder, Bilder von Rassehunden, technische Darstellungen, anatomische, botanische und zoologische Abbildungen, kultur- und kunstgeschichtliche Abbildungen, unter letzteren auch zahlreiche Beispiele nationaler Kunstrichtungen, mythologische und archäologische Bilder, Wappen, Noten, mathematische und physikalische Abbildungen, Waffen, Trachtenbilder usw., usw.

Tafeln: Astronomie (Kometenaufnahmen der letzten Jahre), Bakterien (bunt und schwarz), Bergbau, Chemie, Christus, Eisenbahnwesen, Entwicklung des Buches, Druckpressen, Erste Hilfe bei Unglücksfällen, Expressionismus (bunt und schwarz), Farbenlehre (bunt: Ostwald u. a.), Flaggen, Gebrauchsgraphik, Gemüse, Handarbeiten (bunt und schwarz), Handelsgeschichte, Heilverfahren, Heimstätten (bunt und schwarz), Honigbiene, Impressionismus, Klassizismus, Empire und Biedermeier, Kleintierzucht (bunt und schwarz), Kostüm (bunt und schwarz), Kunstgewerbe, Landwirtschaftliche Maschinen, Mechanik, Musik, Obst (bunt) und Obstbau, Orden und Ehrenzeichen, Polartiere, Tanz, Theater, Uniformen (bunt), Urtiere, Zelle usw.



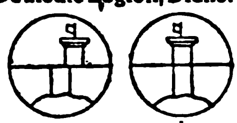
Airedaleterrier.



Adler (im Meridian).

Militärwesen und Kriegskunst. Abwehrschlacht, Armierungsbataillon, Ausbläser, Brückenkopf, Deutsche Legion, Dienstgrade, Eindeckungen, Einwohnerwehren, Eiserne Division, Heerwesen, Hindernisse, Kriegsgefangene, Kriegsgericht, Kriegsverluste, Kriegswesen (Tafel), Lichtbilderkundung, Minenkrieg, Planschießen, Polnische Legion, Sappe, Schein- und Täuschungsanlagen, Schützengraben, Unterseebootkrieg.

Strategie Napoleons, Moltkes, Schlieffens; Marneschlacht nach Schlieffen und im Weltkrieg (mit Karten); Masuren, Seekriegführung, Skagerrak usw., usw.



a b

Entfernungsmess.: Bildhälften im Koinzidenzielemeter.

Geographie. Die höchsten Berge und Gebirge der Erde, Erd- und Seebeben (Textkarte), Funkstellen (Textkarte). Berühmte Reisende: Amundsen, Detzner, Mawson, Scott u. a. Entdeckungsreisen (Zeittafel) usw., usw.

Neue Karten: Polen, Litauen, Estland, Lettland — Jugoslawien — Österreich — Vorderasien (Länder des Islam) — Weltkrieg usw., usw. — **Neue Tafeln** mit charakteristischen Städte- und Landschaftsbildern der Erdteile (Afrika, Asien usw.) und einzelner Gegenden (Alpenländer, westliche Randstaaten Rußlands, Österreich, Jugoslawien, Balkanstaaten, Italien, Pyrenäenhalbinsel, Frankreich, Großbritannien usw., usw.).

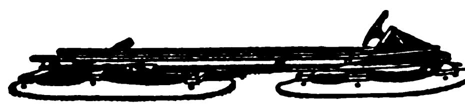
Musik. Notenbeispiele (A, Arpeggio, Auftakt, Dominante, Doppelschlag, Fuge, Generalbaß, Kanon, Koloratur usw., usw.), Volksliederanfänge mit Noten, Musikinstrumente (Cembalo, Clarino, Czakan, Drehleier, Englischhorn, Flöte usw.); Dichter und Komponisten, Opern, Biographien der Meister der Tonkunst mit ihren Hauptkompositionen, (Bleyle, Bossi, Curti, Erb, Ertel, — Furtwängler usw., usw.).



Drun-ten im Un-ter-land, da ist's halt fein

Abkürzungen. A. E. G., Afa, A. G., Apo, a. v., a. Z., Az., Bedag, D-Banken, D. O., D. P. K., D. R. G., D. W. B., E. G. m. b. H., E. V., k. v., O. H. L., Orgesch, Sipo usw.

Sport und Spiel. Reit-, Ruder- Winter-, Bergsport, Leichtathletik, Tennis, Hockey usw., Unterhaltungs-, Gesellschafts-, Geduldspiele, Rätsel, Schach, Kartenspiele mit Herkunft und Bedeutung des Namens der Spiele und mit Abbildungen der Geräte u. Anführung der Spielregeln u. Pläne.



Bobsleigh.

Redensarten. — Geflügelte Worte. — Zitate. — Schlagworte. Aufs Dach steigen, Beschränkter Untertanenverstand, Damoklesschwert, Desannexion, Desinteressement, Dunkler Ehrenmann, Eulen nach Athen tragen, Hakenkreuz, Jägerlatein, Jingo, Unsicherer Kantonist, Kaviar fürs Volk usw., usw.

Einzelne neue, besonders aktuelle und interessante Artikel: Aktivismus, Anthroposophie, Bolschewismus, Buchführung (mit Übersicht), Dadaismus, Denkende Tiere, Einstein (Relativitätstheorie), Expressionismus, Übersicht: Gewerkvereine (Gewerkschaften), Homerule, Internationale, Menschewiki, Sinnfeiner usw.

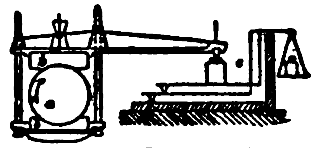
Naturwissenschaften. **Biologie:** Abstammungslehre, Amphimixis, Anemochoren, Anemophilen, Auferstehungspflanze, Autotroph, Bakterien (bunte Tafel), Bisamratte (Ausbreitung in Europa), Buckelbrütigkeit, Caulerpa, Chayote, Chorologie, Diebskäfer, Ei, Entwicklung, Entwicklungsgeschichte, Euglena, Eyra, Fermente usw., usw.

Physik und Chemie: Alphastrahlen, Betastrahlen usw., Atome, Chemie (Tafel), Chemische Elemente (Atomgewicht, Ordnungszahl, Entdecker, Jahr, Periodisches System), Artikel über Elektrizität (Elektr. Einheiten, Heizung, Kochapparate, Kraftübertragung, Lichterscheinungen, Ofen, Strom, Wellen), Elektrolyse, Elektronen, Elektroschweißung, Entladungsröhren, Erfindungen und Entdeckungen (Zeittafel), Farben (bunte Tafel), Farbenlehre, Farbenphotographie, Fizeaus Versuch, Galvanismus, Hochfrequenztelegraphie und -telephonie, Ionentheorie, Kältemischungen, Kathodenstrahlen, Quantentheorie, Radioaktivität, Relativitätstheorie, Telegraphie und Telephonie ohne Draht usw., usw.

Volks- und Staatswirtschaft, Gesetzgebung. Versicherungswesen der Arbeiter und Angestellten (Übersicht), Krankenversicherung, Unfallversicherung. Die neuen Steuergesetze. — Einkommensteuer-Tabelle. — Abstinenztheorie, Angestelltenausschüsse, Arbeitspflicht, Arbeitsrecht,

Ausgleichsgesetz, Ausnahmegericht, Bankinstitute, Berliner Handelsgesellschaft, Besoldungssteuer, Betriebsräte, Bewährungsfrist, Bilanz, Brotkarte, Dail Eirean, Dumping, Frauenfrage (Übersicht), Freiland, Gemeiner Wert, Heimstätten, Indexziffer, Kulturabgabe (Domaine public) usw., usw.

Technik und Industrie.



Dynamometer: Pronyscher Zaum

Eisenbahnwesen (Tafel), Kraftwagen (Tafel), Luftfahrt (Tafel), Bergbau (Tafel); Aktiengesellschaft f. Anilinfarben, Allgem. Elektrizitätsgesellschaft, Badische Anilin- und Sodafabrik, Deutsche Werke A.-G., Drägerwerk, Farbenfabriken Friedr. Bayer, Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning usw. — Brücken, Cotrellprozeß, Flotationsprozesse, Permutitverfahren, Schnabel-Bone-Feuerung, Schoops Metallspritzverfahren, Urteer. — Weibliche Handarbeiten (Tafel) usw., usw.

Kunst.

Kunst und Künstler (Übersicht), Deutsche, Englische, Französische Kunst usw.; Klassizismus, Empire und Biedermeier (Tafel), Impressionismus (Tafel), Expressionismus (bunte und schwarze Tafel) neben einer Reihe anderer Stiltafeln, Bildnismalerei (Tafel), Kunstgewerbe (Tafel), Kostüm (Tafel) usw.; Archipenko, Barlach, Kokoschka, Kollwitz, Marc, Nolde, Pechstein, Picasso, Schmidt-Rottluff u. a. Neue Textabbildungen von Baudenkmälern der Städte und Länder, stilgeschichtlichen und kunstgewerblichen Objekten, Künstlerzeichen (Altdorfer Cranach, Dürer, Hokusai u. a.) usw., usw.



Etschmiadzin: Kathedrale (nach Strzygowski).

Statistik.

Neue Einwohnerzahlen, Gebietsgrößen usw., besonders interessante Übersichten: Auswanderung, Berge, Bevölkerung, Buchführung, Deutschland, Erfindungen und Entdeckungen, Erziehung, Europa, Finanzen der wichtigsten Staaten, Genossenschaften, Gewerbestatistik, Gewerkvereine usw., usw.

Das Buch und seine Entstehung; Buchhandel.

Buch (Textbild u. Tafel), Druckverfahren (Hochdruck, Tiefdruck, Flachdruck). Druckerzeichen: Elzevier, Fust-Schöffer, Lufft, Aldus Manutius, Plantin usw., usw. **Verleger von Bedeutung:** Artistisches Institut Orell Füßli, Bachem, Baedeker, C. H. Beck (Oscar Beck), Benziger & Co., Bibliogr. Institut, Bonnier, Bote & Bock, Braumüller, Breitkopf & Härtel, Brockhaus, Bruckmann, Cotta, Deutsche Verlagsanstalt, Diederichs, Duncker & Humblot, Engelhorn, Enke usw., usw.

Politik und Politiker.

Die politischen Parteien und die hauptsächlichsten politischen Zeitungen aller Länder (Agence Havas, Agencia Stefani, Aftenposten, Berliner Tageblatt, Berliner Börsenkurier, Berliner Lokalanzeiger, Corriere della Sera, Daily Mail usw.). **Politiker:** Friedrich Adler, Bakunin, Batocki, Carson, Crispien, Czernin, Dandl, Ebert, Eisner, Erzberger, Griffith, Harding, Keynes, Kjellén, Lloyd George usw., usw.

Weltkrieg, Vertrag von Versailles — und die Folgen.

Gefechtsorte: Ablain, Ailette, Anaforta, Apremont, Armentières, Arras, Asiago, Baranowitschi, Becelaere, Bobr, Boesinghe, Bouchavesnes, Combles, Combres, Coronel, Coucy-le-Château, Craonne, Damenweg usw.

Führer zu Wasser und zu Lande, Helden und Schiffe der Luft- und Unterseebootflotte, bekannte, berühmte und berüchtigte Persönlichkeiten: Arz von Straußenburg, Ayesha, Beatty, Behncke, Below, Bermondt, Bissing, Böhm-Ermolli, Boehn, Boelcke, Boroević, Bothmer, Bruchmüller, Brussilow, Capelle, Caproni, Carlowitz, Casement, Edith Cavell, Conrad von Hötzendorf, Conta, Degoutte, Deimling, Deutelmoser, Dorten, Eberhardt, Emden, Emmich, Escherich usw., usw.

Geographische Folgen: Abtretungsgebiete, Besetztes Gebiet (auch Textkarte, Dauer der Besetzung nach dem Friedensvertrag). Karten und Artikel über die neuen Staaten (Albanien, Armenien, Aserbeitschan, Danzig, Estland, Finnland, Jugoslawien, Österreich, Polen, Tschechoslowakei usw.). Amtliche Umbenennung von Städten usw. infolge der Staatenneubildungen (Hermannstadt = Kotor u. a.). Verschiebung der Gebietsgrößen der einzelnen Länder und Kolonien, Verteilung des heutigen Kolonialbesitzes („Erdkarte" II, Karte: „Ehemalige deutsche Kolonien").

Wirtschaftliche Folgen: Inflation, Geldverwässerung u. Anwachsen der Staatsschuld in Deutschland (Art. Deutschland u. Tabelle „Deutsche Notenbanken" i. d. Übersicht „Deutschland"), Sanktionen usw.

Bevölkerungsbewegung: Übersicht „Bevölkerung" — Kriegsverluste, Kriegsbeschädigte — Verschiebung der Einwohnerzahlen — Prozentanteil der Altersklassen an der Gesamtbevölkerung — Gegenüberstellung aller dieser Zahlen für die einzelnen Staaten! Ausbreitung der Japaner. Neue Volkszählungen in den meisten Staaten, z. B. Deutschland, Argentinien, Brasilien, Chile, Dänemark, Finnland, vielen Teilen des britischen Weltreichs, Japan, Niederlande, Österreich, Schweden, Schweiz, Spanien, Vereinigte Staaten.

Deutschland: Das zerstückelte Deutschland hat heute so viel Einwohner wie das alte 1905 (Übersicht „Deutschland"), Deutschlands Areal vor und nach dem Weltkrieg (Übersicht „Deutschland"), Deutschlands Kriegsschiffe vor und nach dem Kriege. Deutschlands Grenzen vor und nach dem Kriege. Neue Finanzgesetze, Sozialgesetze, Staatsmänner, Steuern usw., usw.



Eisenfundstellen auf der Erde.

Produkte der einzelnen Länder

und ihre Verteilung auf der Erde. Klare übersichtliche Textkarten unter den Stichwörtern Baumwolle, Edelmetalle, Edelsteine, Kaffee, Kohle, Tee, usw., Weingebiete; auf Übersicht „Bergbau": Kohle, Erze, Metalle, Petroleum, Steinsalz usw.

Bildungswesen.

Akademie der Arbeit, Akademische Unterrichtskurse, Arbeiterbildungsverein, Bildungsverein, Chautauquasystem usw., Erziehung und Erzieher (Übersicht), Frauenfrage (Übersicht) usw.

Medizin. Heilmittel (Adalin, Agarizin, Alypin, Arsazetin, Bittermittel), Steinachs Forschungsergebnisse, Avitaminosen, Innere Sekretion, Beratungsstellen, Dämmerschlaf, Gasphlegmone usw., usw. Erste Hilfe bei Unglücksfällen (Tafel). Abwehrfermente, Akademien für praktische Medizin, Albertverein, Angst, Asexualisation, Atmungsapparate, Biorisation, Blutentziehung, Deutscher Verein für Volkshygiene, Geschlechtskrankheiten (Übersicht) usw.

Schriftsteller, Gelehrte, Philosophen. Deutsche und Ausländer in großer Zahl: Aakjær, Abd ul Hakk-Hamid, Achmed Midhat, Adama van Scheltema, Ady, Ambrus, Abderhalden, Angell, Artzibaschew, Audorf, Barany, Barbusse, Bäumer, Becher, Blüher, Bonsels, Boßhart, Bragg (Vater und Sohn), Bröger, Bürgel, Bruun, Däubler, Dietzenschmidt, Döblin, Dülberg, Edschmid, Egli, Einstein, Ettlinger („Karlchen"), Havelock Ellis, Egge, Eisner. — Cornelius, Horneffer, Husserl, Graf Keyserling, Rehmke usw.



Edinburgh: Schloß.



Jena: Universität.

Aus Band I, Seite 543, Deutschland:

Staatsrechtliches: Die Reichsverfassung vom 16. April 1871 ist infolge der Revolution durch die von der Nationalversammlung in Weimar beschlossene Verfassung vom 11. August 1919 ersetzt worden. Danach ist das Deutsche Reich eine Republik. Die Staatsgewalt geht vom Volke aus. Das Reichsgebiet besteht aus den deutschen Ländern, das sind die vormaligen 25 Bundesstaaten, deren Zahl aber dadurch um 7 vermindert worden ist, daß durch Reichsgesetz vom 30. April 1920 die thüringischen Länder Sachsen-Weimar-Eisenach, Sachsen-Meiningen, Reuß, Sachsen-Altenburg, Sachsen-Gotha (ohne das Gebiet von Coburg), Schwarzburg-Rudolstadt und Schwarzburg-Sondershausen mit Wirkung vom 1. Mai 1920 ab zu einem Lande Thüringen vereinigt worden sind und durch Gesetz vom 30. April 1920 das Gebiet von Coburg mit Bayern verbunden worden ist; das vormalige Reichsland Elsaß-Lothringen ist durch den Friedensvertrag von Versailles an Frankreich abgetreten. An der Spitze des Reichs steht der vom ganzen deutschen Volke auf Grund eines besonderen Reichsgesetzes gewählte Reichspräsident (Wahldauer 7 Jahre, Alter nicht unter 35 Jahren) und die aus dem Reichskanzler und den Reichsministern bestehende Reichsregierung, die zu ihrer Amtsführung das Vertrauen des Reichstags bedürfen. Der Reichstag besteht aus Abgeordneten des deutschen Volkes, die in allgemeiner, gleicher, unmittelbarer und geheimer Wahl von den über 20 Jahre alten Männern und Frauen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl, im übrigen auf Grund des Reichswahlgesetzes vom 27. April 1920 und der Reichswahlordnung vom 1. Mai 1920 gewählt werden. Ihre Zahl ist nicht fest bestimmt, sondern nach den in den 35 Wahlkreisen und 17 Wahlkreisverbänden abgegebenen Wahlstimmen veränderlich, dergestalt, daß im allgemeinen auf je 60000 abgegebene Stimmen 1 Abgeordneter entfällt. . . .

Die Presse urteilt nach Erscheinen des ersten Bandes:

Umsicht, Zuverlässigkeit, eine trotz aller Knappheit frappierende Gründlichkeit sind die Hauptmerkmale des neuen Brockhaus, den zu allem hin noch sehr geschmackvolle, teils farbige, teils einfarbige Bilder, Karten, Tabellen, Notenbeispiele usw. aufs reichste und glücklichste ergänzen. Knappe und dabei erschöpfende Antwort auf alle möglichen Fragen ist das Ziel, das der neue Brockhaus in Wort und Bild erreicht hat.
Schwäbische Tageszeitung, Stuttgart, 10. 12. 21.

Er kann in jedem Belang ein universelles Nachschlagebuch genannt werden. Casseler Volksblatt, Cassel, 20. 11. 21.

. . . In kurz umrissener Form, in anschaulicher Bildweise, mit gründlicher Gewissenhaftigkeit gibt der neue Brockhaus Auskunft über alle Fragen des Lebens. Die gelungene Ausführung des 1. Bandes mit seinen 750 Seiten und seinem soliden, geschmackvollen Einband lassen uns in freudiger Spannung die übrigen drei Bände erwarten.
Wirtschaftliche Lehrerzeitung, 1. 6. 22.

. . . Gutes Papier, deutlicher Druck, solider geschmackvoller Einband und Illustrationen, die fast durchweg vorzüglich sind, zeichnen seine bibliographische Aufmachung aus. Vorwärts, Berlin, 18. 11. 21

. . . Mit rund 100000 Stichwörtern, 7500 Abbildungen und kleinen Karten im Text, mit zahlreich eingefügten einfarbigen und bunten Bildertafeln, mit vielen, jedes Land und Übersee berücksichtigenden, auf den neuesten Stand gebrachten geographischen Karten, Übersichten und Zeittafeln gibt das Lexikon einen umfassenden Gesamtüberblick über den gegenwärtigen Stand des allgemeinen Wissens und sichert der Neuausgabe, gerade heute, wo wir alle mehr denn je auf zusammenfassende Hilfsmittel zur Orientierung angewiesen sind, seinen bisherigen Ruf als bewährtes Nachschlagewerk. Kölnische Zeitung, Köln, 22. 11. 21.

. . . Überall ist hier eine knappe und doch ausführliche Antwort auf alle Fragen zur Richtschnur genommen.
Rheinisch-Westfälische Zeitung, Essen, 26. 11. 21.

Wir Österreicher können in dem ersten Band eine erfreuliche Berücksichtigung der neuesten biographischen und geschichtlichen Daten aus Österreich feststellen.
Reichspost, Wien, 5. 12. 21.

Es ist in der Tat eine verlegerische Leistung ersten Ranges, daß dieser neue „Brockhaus" heute bereits vorliegt! . .
Die Zeit, Berlin, 9. 12. 21.

. . . Ein Lob verdient der hübsch gebundene Band auch hinsichtlich seiner Karten; sie sind klar, übersichtlich und reichhaltig. Berliner Lokal-Anzeiger, Berlin, 7. 12. 21.

Ich liefere die erschienenen Bände sofort und die weiteren Bände jeweils nach Erscheinen zu den noch festzusetzenden Preisen auf Wunsch auch gegen Monatszahlungen von

je 1/4

des jeweiligen Rechnungsbetrages. Bei Bezug gegen Monatszahlungen wird z. Z. ein 10prozentiger Geldentwertungszuschlag erhoben. Zu Ihrem Auftrag bitte ich, den nebenstehenden Bestellschein zu benutzen.

Buchhandlung Karl Block
Berlin SW 68, Kochstraße 9
Postscheckkonto 28749

Bestellschein. Gefl. auszuschneiden u. als Drucksache frankiert in offenem Briefumschlag einzusenden.

Bestelle hiermit bei der Buchhandlung **Karl Block, Berlin SW 68,** Kochstraße 9, lt. Beilage in der ________________

Brockhaus, Handbuch des Wissens. **Band I und II.**
Sechste Auflage von Brockhaus' Kleinem Konversations-Lexikon
In Halbleinen geb. je 5390 M. — In Halbpergament geb. je 6600 M.
(Nichtgewünschtes gefl. durchstreichen),
ferner die weiteren 2 Bände, lieferbar nach Erscheinen zu den vom Verleger noch festzusetzenden Preisen. Betrag folgt gleichzeitig — ist nachzunehmen — wird durch Monatszahlungen von je 1/4 des jeweiligen Rechnungsbetrages beglichen. Bei Barzahlung kommt der in den Preis eingerechnete 10prozentige Zuschlag für das Risiko der Geldschwankung in Abzug. Der Betrag der ersten Rate nebst Porto- und Versandspesen ist mit der Sendung nachzunehmen. (Nichtgewünschtes gefl. durchstreichen.) Erfüllungsort Berlin.

Name und Stand: ________________

Ort, Tag und Wohnung: ________________

F. A. Brockhaus, Leipzig.

Heft 1339 der ganzen Folge

Jährlich erscheinen 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats ausgegeben werden und mit Titel und Register einen abgeschlossenen Band bilden. Bezug erfolgt durch alle deutschen Postanstalten und den Verlag (nicht durch den Buchhandel) für halbjährlich 36 Mark frei ins Haus. Einzelhefte 3 Mark. Anzeigen: die vierspaltige Kleinzeile oder deren Raum 1 Mark, dazu Teuerungsaufschläge. Lieferungen ins Ausland nach dem jeweiligen Geldstande.

„Dem Schutz und der Würde der Arbeit."

Die Arbeiter-Versorgung

Älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Prof. d. Rechte a. d. Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Prof. Dr. Rosin; Oberverwaltungs-Gerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D., u. a. m.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde West, Weddigenweg 64

Postscheck-Verkehr: Nr. 21190 Amt Berlin. Fernsprecher: Nr. 680 Amt Lichterfelde

39. Jahrgang | 2. Januar 1922 | Heft 1

Inhalt:

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite.)

Fortsetzung der Personal-Anzeigen auf der dritten Seite.

Geschäfts- und Kassenführer

einer Allg. Ortskrankenkasse in Hessen-Nassau (gegen 3000 Mitglieder) sucht sich zu verändern. 43 Jahre alt, gesund, gewissenhaft und arbeitsfreudig. Mit der gesamten Sozialgesetzgebung, der Reichsversorgungsordnung und den zivil- und staatsrechtlichen Bestimmungen sowie der gesamten Buch- und Rechnungsführung auf Grund langjähriger Tätigkeit vollkommen vertraut.

Gegebenenfalls auch Tausch.

Besoldung nach Gruppe VII der RVO. mit Aufrückungsmöglichkeit nach Gruppe VIII. Schöne Dienstwohnung vorhanden.

Antritt kann sofort erfolgen.

Angebote unter **R. E. Nr. 8510** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, erbeten. [2112]

Hotel des Ober-Harzes

in sehr gesunder und ruhiger Höhenlage, rings umgeben von meilenweiten ozonreichen Nadelwäldern, anerkannt vorzüglich geleitet und ärztlich empfohlen,

sucht Verbindung mit größerer Krankenkasse oder dgl. zwecks Aufnahme erholungsbedürftiger Mitglieder.

Da eigene Land- und Viehwirtschaft vorhanden ist, können günstige Bedingungen gestellt werden. Post- und Eisenbahnstation, Arzt und Apotheke vorhanden.

Gefl. Zuschriften unter **E. F. Nr. 7516** erbeten an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [2069]

Nachtaxieren von Rezepten übernimmt vereideter Apotheker Hans Müller in Schweidnitz [2122]

Eisentropon

Billiges und intensiv wirkendes Eisenpräparat

Malztropon

hochkonzentriertes billiges Kräftigungsmittel

Jodtropon

Vorzüglicher Ersatz des Jodkalis ohne dessen unangenehme Nebenwirkungen bei voller Ausnutzung des Jods. Daher sparsam im Gebrauch

Cupronat

[1911]

Zuverlässiges Anthelminthikum von guter Verträglichkeit.

Troponwerke Dinklage & Co.
Köln – Mülheim.

Eine ernste Mahnung.

Es ist eine der vornehmsten Pflichten des Menschen, seinen Angehörigen ein wohlbestelltes Haus zu hinterlassen. Wieviel Sorgen und Tränen, wieviel Streit, wieviel Prozesse und wieviel Kosten könnten vermieden werden, wenn jeder sich den nötigen Ruck gäbe und zur rechten Zeit seine Schuldigkeit täte!

Wir können unsern Lesern nicht eindringlich genug empfehlen, sich rechtzeitig über die wirtschaftlichen Notwendigkeiten und die rechtlichen Folgen zu vergewissern, die der Abschluß des Lebens mit sich bringt. Frühzeitig beginne die Zurüstung. Geordnet muß die Buchführung sein, nicht bloß des Kaufmanns, sondern auch des Handwerkers und Beamten; nicht allein des Mannes, sondern auch der Frau in ihrem kleineren Wirkungskreise. Geordnet und gesichert gegen Feuer und Diebstahl müssen auch die wichtigen und für den Todesfall erheblichen Papiere sein. Wer über sein Vermögen durch letztwillige Verfügung bestimmen will, der schreite noch in gesunden Tagen zur Errichtung eines Testaments.

Gewissenhafte Aufklärung über alle diese und viele andere Fragen finden unsere Leser in dem Buche

Die Schuld des Lebens an den Tod

Wirtschaftliche Ratschläge zum Lebensabschluß

von

Amtsgerichtsrat M. Lützow.

Aus dem reichen Erfahrungsschatz seiner langjährigen Amtstätigkeit bietet im zwanglosen Plauderton ein mit den Nöten des Lebens innig vertrauter Richter eine Fülle wertvoller Anregungen und Belehrungen. Wer sie gewissenhaft befolgt, wird seinen Hinterbliebenen viel Kummer ersparen. Das nützliche Buch sollte in jeder deutschen Familie vorhanden sein. Bestellen Sie es noch heute, indem Sie 4 Mark mittels einer blauen Postscheck-Zahlkarte einzahlen auf das Postscheckkonto Berlin 21190 für den Verlag „Gesetz und Recht" in Berlin-Lichterfelde West. Die Zusendung erfolgt dann umgehend postfrei.

Meyers Klassiker-Ausgaben

Arnim	3 Bände	Jean Paul	4 Bände
Brentano	3 Bände	Kleist	5 Bände
Bürger	1 Band	Körner	2 Bände
Byron	4 Bände	Lenau	2 Bände
Chamisso	3 Bände	Lessing	7 Bände
Edda, Die	1 Band	Ludwig	3 Bände
Eichendorff	2 Bände	Luther	3 Bände
Freiligrath	2 Bände	Mörike	3 Bände
Geibel	3 Bände	Nibelungenlied	1 Band
Gellert	1 Band	Novalis-Fouqué	1 Band
Goethe, Kl. Ausg.	15 Bände	Platen	2 Bände
– Große Ausgabe	30 Bände	Reuter	7 Bände
Grabbe	3 Bände	Rousseau, Bekennt.	2 Bände
Grillparzer	5 Bände	Rückert	2 Bände
Gutzkow	4 Bände	Scheffel	4 Bände
Hauff	4 Bände	Schiller, Kl. Ausg.	9 Bände
Hebbel	6 Bände	– Große Ausg. (in Vorbereit.)	
Heine	7 Bände	Shakespeare	10 Bände
Herder	5 Bände	Sophokles, Trag.	1 Band
Hoffmann	4 Bände	Storm	6 Bände
Homer, Ilias	1 Band	Tieck	3 Bände
– Odyssee	1 Band	Uhland	2 Bände
Immermann	5 Bände	Wieland	4 Bände

Ausführliche Verzeichnisse mit Preisangaben kostenfrei

Bibliographisches Institut
Leipzig u. Wien

Fortsetzung der Personal-Anzeigen auf der letzten Seite.

Die Not der deutschen Fachpresse

ist ungeheuer groß. Auf 1800 (eintausendachthundert) Prozent sind die Preise der Druckarbeiten gegenüber dem Friedensstande erhöht. Steuern, Postgebühren, Bürobedarfsartikel, Gehälter und Löhne belasten den Haushalt der Zeitschriften immer aufs neue. Die Papierbeschaffung gestaltet sich vielfach außerordentlich schwierig.

An alle maßgebenden amtlichen Stellen haben wir dringende Eingaben gerichtet, um Erleichterungen zu erreichen, leider unter dem Einfluß der politischen Zustände und bei der Überorganisation der Behörden bislang ohne Erfolg. Hiervon geben wir der breiten Öffentlichkeit mit Bedauern Kenntnis. Wird sich auch der einsichtige Leser der Würdigung dieser Notlage verschließen? Durch kräftige Mithilfe bei weiterer Verbreitung der Fachpresse kann noch viel gerettet werden. Man übersehe nicht, daß auch die „Arbeiter-Versorgung" gleich der übrigen Fachpresse für die Aufrechterhaltung unserer Wirtschaft und unsere Weitergeltung als selbständiges Staatsvolk einen Verzweiflungskampf führt.

Berlin W, im Dezember 1921

Der Vorstand des Verbandes der Fachpresse Deutschlands e. V.

H. Worms, Vorsitzender — Dr. R. Rage, Syndikus

Allg. Ortskrankenkasse Cronenberg (Rhld.)

Bei der unterzeichneten Kasse wird zum möglichst sofortigen Eintritt ein

Kassengehilfe [2124]

nicht unter 21 Jahren, gesucht. Besoldung vorläufig nach Gruppe V (Ortsklasse A) der Reichsbesoldungsordnung, bei zufriedenstellenden Leistungen Aufrückungsmöglichkeit in Gruppe VI und feste Anstellung, wenn der Befähigungsnachweis durch Ablegung einer Prüfung erbracht ist.

Gefordert wird unbedingt sicheres Rechnen (allmonatl. selbständige Aufstellung der Heberegister) und ausreichende Vorbildung im Kassen- und Rechnungswesen.

Gesuche mit selbstgeschriebenem Lebenslauf und Zeugnisabschriften über bisherige Tätigkeit sowie Angabe des frühesten Eintrittstages sind sofort an die „Allgemeine Ortskrankenkasse in Cronenberg (Rhld.)" einzusenden.

Der Vorstand.
Herberts, Vorsitzender.

Jüngerer Kassengehilfe

der nach Anleitung selbständig arbeitet, zu sofort gesucht.
Mehrjährige Tätigkeit bei einer Krankenkasse erwünscht.
Besoldung nach dem Reichstelltarif.
Bewerbungen nebst Unterlagen sind umgehend einzureichen an die [2119]

Landkrankenkasse Schönlanke an der Ostbahn.

Bekanntmachung.

Hierdurch machen wir bekannt, daß der bisherige Sitz der Allgemeinen Ortskrankenkasse Lützen von Lützen nach Leuna Werke (Krs. Merseburg) verlegt worden ist. Die mit uns im Verkehr stehenden Behörden und Versicherungsträger bitten wir, künftig nachstehende Adresse zu benutzen:

Allgemeine Ortskrankenkasse Lützen
Sitz Leuna Werke (Krs. Merseburg).

Leuna Werke, den 12. Dezember 1921. [2114]

Der Kassenvorstand:
Böttcher, Vorsitzender.

Von der unterzeichneten Kasse mit ungefähr 10000 Mitgliedern wird zum sofortigen Antritt ein

Bürogehilfe gesucht.

Geeignete Bewerber, nicht unter 22 Jahren, die eine mehrjährige Tätigkeit im Krankenkassen- und Rechnungswesen, selbständiges Arbeiten, flottes und sicheres Rechnen nachweisen können, wollen unter Beifügung eines Lebenslaufes und beglaubigter Zeugnisabschriften ihre Gesuche umgehend bei der unterzeichneten Kasse schriftlich einreichen.

Die Besoldung erfolgt nach Gruppe 5 der Reichsbesoldungsordnung. [2118]

Casseler Knappschaftsverein, Cassel.

BKK in Berlin

2000 Mitglieder, sucht für bald

tüchtigen Gehilfen

aus kleiner Kasse, der Maschinenschreiber und Stenograph ist. Bezahlung nach Berliner Tarifsätzen.

Bewerbungen sind unter B. B. Nr. 8789 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, zu richten. [2121]

Die unterzeichnete Kasse sucht zum 1. Januar 1922

2 tüchtige Kassenangestellte.

Gefordert werden gründliche Kenntnisse der Sozialversicherung, speziell der Krankenversicherung. Schriftliche Bewerbungen mit Zeugnisabschriften sind zu richten an die

Allgemeine Ortskrankenkasse für Berlin-Tempelhof, Theodorstraße 5a. [2115]

Wir suchen zu möglichst baldigem Antritt einen gut

ausgebildeten Kassengehilfen

nicht unter 25 Jahren, der mehrjährige Tätigkeit im Kassendienst nachweisen kann. Bewerbungen mit Gehaltsansprüchen und Angaben über die bisherige Tätigkeit sind zu richten an die

Allgem. Ortskrankenkasse Bremerhaven. [2116]

Verlag der „Arbeiter-Versorgung". Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64 — Druck von Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68

Heft 1374 der ganzen Folge

Jährlich erscheinen 36 Hefte, die am 1., 11. und 21 jedes Monats ausgegeben werden und mit Titel und Register einen abgeschlossenen Band bilden. Bezug erfolgt durch alle deutschen Postanstalten und den Verlag (nicht durch den Buchhandel) für vierteljährlich 72 Papiermark. Der Bezug gilt als erneuert, falls er nicht einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Einzelhefte 60 Papiermark. Anzeigen die vierspaltige Kleinzeile oder deren Raum 48 Papiermark. Dazu die jeweiligen Teuerungsaufschläge. Lieferung ins Ausland nach Kurs.

„Dem Schutz und der Würde der Arbeit."

Die Arbeiter-Versorgung

Älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Prof. d. Rechte a. d. Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungs-Gerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D., u. a. m.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde West, Weddigenweg 64

Postscheck-Verkehr: Nr. 21190 Amt Berlin. Fernsprecher Nr. 688 Amt Lichterfelde

39. Jahrgang — 21. Dezember 1922 — Heft 36

Inhalt:

Die Neubestellung der „Arbeiter-Versorgung" muß jetzt ungesäumt erfolgen. Bezieher, die nicht an uns unmittelbar, sondern an ihr Bestell-Postamt Zahlung zu leisten gewohnt sind, erhalten in diesen Tagen vom Briefträger eine diesbezügliche Aufforderung vorgelegt. Wird diese nicht beachtet, so ist später Nachlieferung mit besonderen Kosten verknüpft und umständlich. Wer vom Verlag unmittelbar bezieht, darf natürlich nicht nochmals bei der Post bestellen!

Den Herren Beamten und Angestellten der Reichs-Sozialversicherung

liefern wir bis auf weiteres, trotzdem die Herstellungs- und Vertriebs-Kosten ununterbrochen steigen, zur beruflichen Fortbildung für den eigenen Gebrauch je 1 Stück der „Arbeiter-Versorgung" zu dem stark ermäßigten Vierteljahrspreise von nur 324 Mark. Bei Sammelbezügen unter einer gemeinsamen Anschrift wollen wir, wie bisher, auf je 10 Stücke 1 Freistück gewähren. Bestellungen sind unter Angabe von Namen, Stand, Dienststelle und Wohnung mit größter Beschleunigung nur an uns unmittelbar zu richten.

Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64 :: Verlag der „Arbeiter-Versorgung"

Einband-Decken für 1922 und frühere Jahrgänge

unserer Zeitschrift, ebenso **fehlende Einzelhefte** können wir jetzt, nachdem aufs neue anastatische Drucke fertiggestellt sind, wieder liefern, solange die Vorräte reichen. Es bietet sich also nach langer Zeit die Möglichkeit, Lücken auszufüllen.

Der Preis jeder sorgfältig gearbeiteten Decke beträgt einschließlich Verpackung und Postgeld gegenwärtig, Ende Dezember 1922, freibleibend 250 Mark. Bei Neuanfertigungen werden Aufschläge unvermeidlich sein, und eine Verdoppelung der Portosätze steht bevor. Es empfiehlt sich deshalb schleunigste Bestellung, die am einfachsten durch Ueberweisung des entfallenden Betrages auf unser Postscheckkonto: Berlin 21190 erfolgt. Wer gute Fachliteratur braucht, wie wir sie im letzten Heft angezeigt haben, mag diese zur Ersparung an Porto gleich mitbestellen. — Bürokalender lassen wir für 1923 nicht anfertigen. Die Kosten würden zu hoch sein.

Berlin-Lichterfelde Verlag der „Arbeiter-Versorgung"

Aufgabe von Ankündigungen unmittelbar in deutlicher Schrift erbeten. Annahmeschluß: eine Woche vor dem Ausgabetage jedes Heftes. Bei Wiederholungen Preisermäßigung

* Personal-Anzeigen *

Ortskr.-Kasse Klingenberg am Main sucht zum möglichst sofortigen Eintritt

geprüften Assistenten.

Besoldung je nach Befähigung in Gruppe IV oder V Bes.-Ordng. Ortskl. C. Sechsmonatige Probedienstzeit. Erfahrung in allen Sparten des Kr.-Kassendienstes und selbständiges Arbeiten erforderlich. Wegen Wohnungsmangel möglichst ledige Bewerber. [2479]

Meldungen mit Zeugnisabschriften umgehend an

Ortskrankenkasse Klingenberg am Main.

Zum baldigen Dienstantritt wird ein [2480]

Rendant

mit guter fachlicher Ausbildung gesucht. Besoldung nach Gruppe 7 mit Aufstiegsmöglichkeit nach Gruppe 8 der Reichsbesoldungsordnung.

Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf erbeten.

Landkrankenkasse des Landkreises Landsberg (Warthe)
Friedebergerstraße 15 b

Assistenten- und Gehilfenstelle

ist am 1. Januar 1923 oder später zu besetzen. Gehalt Gruppe V bezw. VI, bei nichtabgelegter Prüfung Gruppe III der RBO. Ortsklasse C. Bewerbungen mit Zeugnisabschriften und Lebenslauf sind umgehend einzureichen.

Landkrankenkasse des Kreises Groß-Wartenberg, Bez. Breslau. [2477]

Wir suchen zum 1. Januar 1923 einen [2470]

jüngeren Kassengehilfen

der im Ortskrankenkassendienst ausgebildet, besonders guter Rechner ist, da er Soll- und Hebelisten zu führen hat. Besoldung: Gruppe 5 RBO., Ortsklasse C.

Allg. Ortskrankenkasse Aunna in Thüringen,
Wonneberger, Vorsitzender.

Zum 1. Januar 1923 wird ein [2471]

tüchtiger Kassengehilfe,

nicht über 20 Jahre alt, gesucht.

Derselbe muß gut ausgebildet sein und sowohl die Kurzschrift als Schreibmaschine beherrschen.

Bezahlung erfolgt je nach Alter nach der Reichsbesoldungsordnung.

Bewerbungen mit Zeugnisabschriften sind einzureichen an die

Allgemeine Orts- und Landkrankenkasse des Landkreises Weißenfels.

Beamter der Sozialversicherung,

30 Jahre alt, verheiratet, der infolge der Abtretung Ostoberschlesiens seine seit 11 Jahren innegehabte Stellung verloren hat, sucht, gestützt auf beste Zeugnisse, Stellung, am liebsten in Schlesien. Suchender ist besonders im Krankenversicherungsrecht vollkommen bewandert. Besoldung nach Gruppe VII RBO. erwünscht, gegebenenfalls auch Gruppe VI, falls in absehbarer Zeit Aufstiegmöglichkeit vorhanden.

Gefl. Angebote unter **W. K. 7617** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde erbeten. [2473]

Lediger Krankenkassen-Beamter

im Besitz des Abiturienten-Examens, z. Zt. stellvertretender, ungekündigter Geschäftsführer einer 20000 Mitglieder zählenden Krankenkasse, der in sämtlichen Zweigen der Krankenversicherung durchaus erfahren und mit dem Wochenhilfegesetz sowie dem Reichsversorgungsgesetz völlig vertraut ist, abschlußsicher, sucht sich zu verändern.

Gefl. Angebote unter **M. W. 7841** erbeten an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde. [2478]

Unsere Leser finden auf der letzten Umschlagseite des vorliegenden Heftes eine beachtenswerte Ankündigung der bekannten Buchhandlung Karl Block in Berlin SW 68, Kochstraße 9. Sie erbietet sich, das dreibändige Selbstunterrichtswerk „Bildung und Wissen" gegen bequeme Teilzahlungen zu liefern, bei Barzahlung aber eine erhebliche Preisermäßigung eintreten zu lassen.

Fortsetzung der Personal-Anzeigen auf der dritten Seite.

Die unterzeichnete Kasse sucht **sofort**

tüchtigen Kassenangestellten

für die Meldeabteilung. Gefordert werden gründliche Kenntnisse der Sozialversicherung, besonders der Krankenversicherung. Schriftliche Bewerbungen mit Zeugnisabschriften sind zu richten an die [2474]

Allg. Ortskrankenkasse für Berlin-Tempelhof, Theodorstr. 5a.

Wir suchen zum möglichst baldigen Antrit einen

jüngeren Bürohilfsarbeiter

der im Krankenkassenverwaltungsdienst bereits tätig war. Bewerbungen an [2472]

Krankenkassenverband für den Kreis Steinau in Steinau (Oder).

Wer bei der heutigen teuren Lebenshaltung eine gut besoldete Stellung sucht, in der Kenntnisse und Fähigkeiten voll zur Geltung kommen können, bedient sich erfolgsicher des Anzeigenteils der „Arbeiter-Versorgung", wo Angebot und Nachfrage einander ständig begegnen. Auf die soziale Lage Stellungsuchender nehmen wir tunlichst Rücksicht und lassen zweckmäßige Fassung von Gesuchen gern in unserer Anzeigen-Abteilung vornehmen.

Unsere Kanzlei verschickt gegen Voreinsendung von 225 Mk. die Stellenanzeigen jedes Heftes in einem Sonderabzuge vor dessen Ausgabe ein Vierteljahr hindurch. Der Bezug kann jederzeit begonnen werden.

Apotheker [2481]

übernimmt das Nachtaxieren von Krankenkassen-Rezepten.
G. Mosek, Chemnitz, Theaterstr. 96 IV.



Ernst Vogel

Stempelfabrik

Siegmar-Chemnitz

liefert in bester Ausführung:

Kautschuk- und Metallstempel jeder Art, **Paginiermaschinen, Petschafte, Siegelmarken, Marken-Entwertungsstempel, Marken-Anfeuchter, Stempelkissen und Stempelfarben.**

Eilige Gummistempel innerhalb 24 Stunden. Reparaturen an Numerier- und Paginiermaschinen aller Systeme prompt u. billig.

Preislisten gratis und franko.

Plattfußeinlagen

Großfabrikation

Leopold Stecher
Kirchheim-Teck. [2446]





für den Schreibtisch unserer Leser

„Gesetz und Recht"

Zeitschrift für allgemeine Rechts- und Staatskunde
23. Jahrgang 1922.

Aus dem Inhalt der letzten Hefte:

Deutsches Recht. Von Senats-Präsident R. Deinhardt / Die Gleichberechtigung der Frau nach der neuen Reichsverfassung. Von Geheimrat Prof. Dr. Bornhak / Schadenshaftung streikender Arbeiter. Von Geheimrat Dr. Delius / Verlobung. Von Geheimrat Prof. Dr. Heilfron / Sünden wider den Postzwang. Von Postdirektor Dr. Hammer / Verwaltungsreform und Wohlfahrtspflege. Von Oekonomierat Lembke / Einkommensteuer und Juni-Novelle. Von Regierungsrat Dietzel / Die Jagd auf das Betriebskapital. Von Syndikus Dr. Weisbart / Das Arbeitsnachweisgesetz vom 13. Juli 1922. Von Landesarbeitsamts-Leiter H. Eisenbarth / Die Abschaffung des Titelwesens. Von Geheimrat Prof. Dr. Bornhak / Die Stellung des preußischen Staatsrats / Was Kinder von ihren Eltern verlangen können / Soll ein Verein sich eintragen lassen? / Guthaben ausscheidender Genossen / Die neuen Mieten / Folgen unrichtiger Preisangaben bei Grundstücksverkäufen / Die Zwangsanleihe / Trunkenheitssteuer / Währungsreform oder Assignatenwirtschaft / Rennwetten / Mieterausschüsse / Güte- und Sühneverfahren / Die Not der unehelichen Kinder / Betriebsstillegungen und Lohnzahlungen / Die Not des geistigen Arbeiters / Verletzung durch Nadeln in der Wäsche / Das Verhalten des unschuldigen Teils bei zerrütteten Ehen / Kündigung von Mieträumen / Frühere Syphilis und Anfechtung der Ehe / Gehorsampflicht der Beamten / Verantwortlichkeit der Streitleitung / Diebstähle aus Möbelwagen auf der Eisenbahn / Schadensersatzpflicht der Wohnungämter / Bekämpfung des Kurpfuschertums / Handel mit gebrauchten Möbeln / Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht / Das Recht des Betriebsrats auf Einsicht der Lohnlisten der Arbeiter / Lohnentschädigung bei Kündigung / Mietwohnungen mit gesetzlicher Miete / Zur Bekämpfung der Wohnungsnot / Verrohte Jugend vor 100 Jahren / Umsatzsteuer bei Vermietung möblierter Zimmer / Wohlerworbene Rechte von Gemeindebeamten / Ladung als Zeuge vor das Mieteinigungsamt / Vorteile und Nachteile der Ehescheidung / Was der Beamte veröffentlichen darf / Heirat Minderjähriger / Rechtsschutz gegen Lärm / Das Schwein vor den Pforten des Reichsgerichts u. v. a.

Die Anschaffung dieser einzig dastehenden, nützlichen Zeitschrift, deren vielseitiger Inhalt die Bedürfnisse des praktischen Lebens sehr geschickt erfaßt, ist für jeden vorwärtsstrebenden Staatsbürger von großem Werte. Man säume nicht, sofort zu bestellen. Preis für das nächste Vierteljahr 150 Mark. Probeheft auf Verlangen gegen Berechnung.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung", Vertriebsabteilung
in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64

Unsere Ankündigung auf der zweiten Umschlagseite betreffend schleunige Bestellung von Einbanddecken zum jetzt abgeschlossenen 39. Jahrgang unserer Zeitschrift empfehlen wir besonderer Beachtung.

Berlin-Lichterfelde. **„Arbeiter-Versorgung."**

Verlag der „Arbeiter-Versorgung", Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. — Druck: J. Windolff, Berlin SW 68, Charlottenstr. 88.